



Identificación del riesgo

Valoración del riesgo

Monitoreo y Revisión

Proceso/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo									Fecha	Acciones	Responsable	Indicador	
				Riesgo Inherente			Controles	Riesgo Residual			Acciones asociadas al control						
				Probabilidad	Impacto	zona del riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona de riesgo	Periodo de ejecución	Acciones					Registro
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD ACADÉMICA	Insuficientes recursos (humanos, económicos técnicos) para desarrollar los planes de mejoramiento y mantenimiento de los programas derivados de los procesos de autoevaluación. No cumplimiento de los plazos establecidos por el Consejo Nacional de Acreditación para adelantar los procesos de acreditación y reacreditación..	Posibilidad de que sea negada la solicitud de acreditación y/o reacreditación en alta calidad de un programa académico de pregrado o posgrado.	Afectación de la imagen Institucional Disminución en las matriculas de nuevos estudiantes. (cobertura) Disminución de ingresos por matriculas. Incumplimiento en las metas del plan de desarrollo.	2	40	Alta	CONTROL 1 Seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento y mantenimiento de los programas por parte de los Comités de Autoevaluación y Acreditación (Institucional y de Facultades).  control 2  Revisión por pares académicos colaborativos externos de los informes de autoevaluación de los programas	3	15	Moderada	Semestral	Reuniones del Comité de Autoevaluación y Acreditación Institucional soportadas en actas debidamente diligenciadas  Reuniones del Comité de Autoevaluación y Acreditación de Facultad soportadas en actas debidamente diligenciadas  Informes de seguimiento a los Planes de Mejoramiento y Mantenimiento realizados por la Oficina de Planeación Institucional.  Cronograma de los procesos de autoevaluación y acreditación.	Acta Acta Informe de seguimiento Cronograma	Diciembre 07	Se revisó la matriz del proceso y se eliminaron los riesgos " Manipulación o alteración de la información requerida para el proceso de autoevaluación"; ya que, el riesgo no aplica, porque el area es un generador de documentos, la información que en estos se registra es enviada por otros procesos fuentes. El riesgo " Ausencia de Planeación" se elimina; ya que no es considerado un riesgo. El riesgo que el proceso mantiene es " Posibilidad de que sea negada la solicitud de acreditación y/o reacreditación en alta calidad de un programa académico de pregrado o posgrado", a este riesgo se le agrega un nuevo control a la matriz que no se había tenido presente y es aplicado, este control es la Revisión por pares académicos colaborativos externos. El proceso no tiene riesgos de corrupción.	Lider del proceso	Planes de mejoramiento/seg uimientos realizados.
No efectuar conteo y cotejo físico del inventario. Registrar valores irreales en el módulo de inventarios. No conciliar entre áreas como contabilidad y bienes y servicios. Manipulación indebida del módulo de inventarios.	Valor irreal del inventario	Estados financieros inexactos. Pérdida de bienes por falta de control.	3	60	Extrema	Efectuar conteo y cotejo físico del inventario una vez al año. Ingresar al módulo de inventarios, los bienes adquiridos según valor de factura o cuenta de cobro. Parametrización del módulo de inventarios, con controles de permisos, perfiles y roles.	2	15	Moderada	1 resolución semestre 2	Realizar por lo menos, un inventario físico de bienes en la totalidad de las dependencias	Resolución		El riesgo " Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración", desaparece; ya que la institución contemplará este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos.  El riesgo "Inclusión de gastos no autorizados", desaparece; ya que, el proceso no lo contempla como un riesgo del proceso, porque todos los gastos son autorizados desde la vicerrectoria Administrativa y			

BIENES Y SERVICIOS	Omisión del procedimiento por parte de los funcionarios	Traslado o salida de bienes de la institución, sin la debida autorización.	Faltantes o inconsistencias en la verificación del inventario. Investigaciones disciplinarias.	3	60	Extrema	Generación de salida o traslado de bienes, emitida por el responsable, según formatos establecidos. Cumplir con las políticas de administración de inventarios y bienes muebles e inmuebles, de la Institución. Cotejo físico del inventario.	3	15	Moderada	1 socializaciones por medios masivos	Socializar el procedimiento y/o manual de bienes a funcionarios	Envío por medio masivo del Manual	Diciembre 12	Financiera para la realización de su CDP y RP.	Lider de proceso	No tiene indicadores definidos
	Omisión del procedimiento por parte de los funcionarios. Valor irreal del inventario.	No reportar la pérdida o hurto de bienes de la Institución.	Estados financieros inexactos. Investigación disciplinaria.	2	40	Alta	Publicar en página web las políticas de administración de inventarios y bienes muebles e inmuebles, de la Institución. Efectuar conteo físico de inventario, una vez al año.	1	5	Baja	1 informe mensual de bienes reportados a la aseguradora	Realizar periodicamente las inclusiones a la aseguradora de bienes adquiridos por la institución.	Informe				
	Desconocimiento o falta de ética. Error evaluación y analisis de datos	Error o inexactitud en la evaluación y reevaluación de proveedores	Responsabilidad Información inexacta, afectación en la toma de decisiones	3	30	Alta	Realizar Evaluación y reevaluación de proveedores anual y analisis de datos semestralmente	3	15	Moderada	1 evaluación de proveedores	Realizar periodicamente la evaluación de proveedores	Evaluación				
	No reportar ante la aseguradora, los nuevos bienes que ingresan a la Institución.	Bienes sin cobertura de póliza	Detrimiento patrimonial, ante la pérdida de un bien.	1	20	Moderada	Cumplir con las políticas de administración de inventarios y bienes muebles e inmuebles, de la Institución. Reporte mensual de bienes incluidos en la póliza.	1	5	Baja	1 plan y 1 seguimiento semestral	Formular un cronograma semestral de evaluación y seguimiento a los planes de compras de las dependencias	Plan y Seguimiento				
DOCENCIA	Compromisos externos no relacionados con la labor Falta de claridad o conocimiento de la norma	Ausencia de los docentes de planta y ocasionales	Riesgo en la prestación del servicio	3	60	Extrema	Establecimiento de planes de trabajo (TH-FR-043) Medir la efectividad del control a los planes de trabajo. Evaluación de planes de trabajo art. 38 Estatuto General Evaluación docente	3	15	Moderado	Cargue al inicio del año plan de trabajo semestral	Definición de planes de trabajo Cargue del plan de trabajo al Software ACADEMIA y de aca se hace una Evaluación de planes de trabajo en consejos de facultad Verificación del estatuto profesoral	Planes de trabajo cargue en el software Evaluación al plan de trabajo	diciembre 13	Desaparece el riesgo " bajo nivel en pruebas saber Pro"; ya que no hay forma de gobernabilidad de este riesgo por parte del proceso.  Desaparece el riesgo "incumplimiento de politicas"; ya que desde Planeación se sugiere no manejar algo tan general que se presta para ambigüedades; si hay un riesgo en el cumplimiento de la politica, debe especificarse en que puntualmente.	Vicerrector Académico	# de programas ofertados/registros calificados
	Intensión de favorecer a alguien en particular. Negligencia.	Amiguismo y clientelismo en asignación docente	Afectación de la calidad academica.	1	10	Baja	Estatuto General y docente	3	15	Moderado	1 Cargue en el primer mes de cada año 1 verificación	Cargue del plan de trabajo al Software ACCADEMIA y de aca se hace una verificación	Cargue del docente en el software.				
	Cambio continuo y necesario de las dinámicas académicas	Baja Articulación de reglamentación de algunos procesos académicos	Vacios jurídicos y de procedimiento	2	20	Moderado	<b>CONTROL 1</b> Actualización políticas institucionales	1	5	Baja	Anual	Actualización de lineamientos academicos para integralidad curricular, y organización de actividades académicas.					
	Aumentar la cobertura por encima de la ética Institucional. Negligencia.	Posibilidad de ofertar programas que no tienen registro calificado	Sanciones por incumplimiento de ley. No abrir nuevas convocatorias del programa academico. Pérdida de imagen Institucional.	2	20	Moderado	<b>CONTROL 1</b> Cumplimiento del Artículo 38 del Estatuto General: Funciones de los Consejos de Facultad	3	15	Moderado	Semestral	<b>CONTROL 1:</b> Cumplimiento del Artículo 38 del Estatuto General: Funciones de los Consejos de Facultad. Hacer seguimiento mediante semaforo de vigencia por vicerrectoria.  Admisiones oferta programas previo concepto de consejo de facultad y verificación del decreto 1075	Semaforo con seguimiento Oferta de los programa				

Desconocimiento de norma	Posibilidad de que no se den actividades de emprendimiento y empresarismo en la institución.	Incumplimiento a la Política Nacional de Emprendimiento y a La Ley 1014 de 2006 de fomento a la cultura del emprendimiento	2	20	Moderado	<b>CONTROL 1</b> Se planteó y aprobó una política de emprendimiento <b>CONTROL 2</b> Se garantiza la asignación de materias de emprendimiento a los estudiantes.	1	5	Baja	Semestral	CONTROL 1: Se planteó y aprobó una política de emprendimiento CONTROL 2: Se garantiza la asignación de materias de emprendimiento a los estudiantes. Programación de asignaturas, electivas transversales en emprendimiento.	Política de emprendimiento Asignaturas de emprendimiento		Asignaturas de emprendimiento ofertadas
Desactualización curricular	Posibilidad de que los programas académicos no sean pertinentes en cuanto al tema de necesidades de la sociedad y la región.	Baja empleabilidad de los egresados;	3	60	Extrema	<b>CONTROL 1</b> Actualización Curricular y Estudios de Impacto	1	5	Baja	Cada dos años	CONTROL 1: Actualización Curricular *Análisis estudios de pertinencia en el plan de mejoramiento. *Documento maestro, análisis de pertinencia *Relación y dialogo con el sector productivo que hacen las facultades en las prácticas del estudiante, además de las evaluaciones que los empresarios diligencian.	Estudios de pertinencia		No se tiene definido
Bajos niveles de formación en metodología y pedagogía	Posibilidad de que los docentes no tengan una buena formación epistemológica, pedagógica y didáctica.	Prácticas de retención estudiantil definientes	2	20	Moderado	<b>CONTROL 1</b> Exigencia certificado según norma, Evaluación docente Consejos de Facultad	1	5	Baja	Permanente	CONTROL 1: Exigencia certificado según norma Se ofrece el curso de pedagogía para profesionales no docentes	Certificados según norma y certificado de curso de pedagogía		Certificados y cursos /docentes contratados
Robo de esta en las clases practicas	Perdida de materia prima	No tener insumos suficientes para cubrir las clases. Incurrir en un gasto no programado	1	20	Moderado	Control de materia prima. Solicitud a admisiones de numero de matriculados por grupo Entrega de pedido bajo receta registro de cantidad de asistentes a cada laboratorio por parte del docente Se maneja indicador de estudiantes que asistieron y número de matriculados.	1	10	Baja	según grupos Según la necesidad	Control de materia prima. *Diligenciamiento de formato de materia prima(Docentes) en cada clase. *Se diligencia la casilla de sobrantes en el formato de materia prima (Docentes), Los insumos sobrantes se reenvasan para evitar la pérdida de material.	Formato diligenciado DC-LA-PR-002	No se tiene observación puntual al riesgo, ni observación general a la matriz del proceso	
Almacenamiento inadecuado de la materia prima	Contaminación cruzada	Alimentos descompuestos Alimentos Vencidos Posibles intoxicaciones a los estudiantes. Demandas económicas y legales	1	20	Moderado	Control de almacenamiento de materia prima.	1	10	Baja	según grupos Según la necesidad	Control de materia prima. *Diligenciamiento de formato de materia prima(Docentes) en cada clase. *Se diligencia la casilla de sobrantes en el formato de materia prima (Docentes), Los insumos sobrantes se reenvasan para evitar la pérdida de material.	Formato diligenciado DC-LA-PR-002		
Daños de los equipos de frío.	Deterioro de materia prima	Daños de calidad en el producto y retraso en las clases e incumplimiento a prácticas de manufactura(Resolución 2674/2013)	1	10	Baja	Verificaciones de deterioro y cumplimiento de normatividad de disposición de residuos.	1	10	Baja	Permanente Permanente Permanente 1 semestral	Verificaciones de deterioro y cumplimiento de normatividad Y Control de almacenamiento de materia prima. * Se hace separación de alimentos según sus características *Se rótula la materia prima cuando ingresa, para poder hacer rotación(Fechador en los alimentos). *Congelación de orgánicos y se saca a la disposición final los días estipulados por la institución * Capacitación de manejo de residuos sólidos	Formato diligenciado DC-LA-PR-002 Alimentos marcados con el fechador en el laboratorio de Economato		

LAB. FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN (ECONOMATO)	Uso inadecuado de los equipos y utensilios, depreciación.	Daños de equipos y utensilios	Dificultades para dictar los laboratorios	3	60	Extrema	Control de equipos y utensilios	3	15	Moderada	Permanente	Control de equipos y utensilios * Medición de temperatura a los equipos de frío(Dos veces, registro en el formato de registro de temperaturas) *Mantenimientos preventivo de equipos *Diligenciamiento de formato(Prestamo de utensilios) *Diligenciamiento de formato(Deudas de estudiantes)	Lista de chequeo de los laboratorios. Formato de prestamo de utensilios a los estudiantes		Se contempla dentro de la causas del riesgo la depreciación, la cual no se tenía.		
	Mala planeación Información inexacta por parte de los docentes Uso de la materia prima para intereses particulares	Deficiencia en la proyecciones de compras de materia prima	sobrantes de materia prima y vencimientos de la mp Detrimiento patrimonial	2	40	Alta	Control de pedidos Control de materia prima	1	10	Baja	Permanente	*Contrastar Formato de pedido con materia prima existente. *Manejar formato de proveedores, según cronograma(Requisición de pedidos) *Manejo de formato(Despacho de insumos a docentes). * Se esta exigiendo a los docentes trabajar sólo con receta estandar. * Se reevalaron los pedios en cuanto a cantidades y se ajustaron. * Se está controlando desde el economato entregando la materia prima sólo con base en la cantidad de estudiantes matriculados por grupo.	Formato definido de pedidos en físico y digital	diembre 13	No se tiene observación puntual al riesgo, ni observación general a la matriz del proceso	Coordinador del Laboratorio	No se tienen definidos los indicadores
	Uso inadecuado de la materia prima en los laboratorios.	Manipulación inadecuada de materia prima por parte de docentes, estudiantes y economato.	Afectación en la calidad de los productos	2	20	Moderado	No existe	2	40	Alta	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	El proceso de Economato no tiene control que les permita verificar el uso que el docente le da a la materia prima dentro del aula.		
	Ubicación inadecuada de cuchillos	Accidente con objetos cortopunzantes	Incapacidades del personal	3	60	Extrema	Cobertura de seguridad	3	30	Alta	No se tienen	No se tienen	No se tienen	El riesgo tiene un control correctivo que es la póliza de seguro, la cual no siempre los estudiantes no van a actualizar a la secretaria de la Facultad .Debe contemplarse una estrategia para garantizar que los estudiantes hagan la actualización de la póliza en la secretaria de la Facultad.  Sería pertinente hablar con el proceso de Admisiones para exigir entre los requisitos de matricula de los estudiantes el sisben en caso de no tener EPS y de entregar la relación de la polizas de manera mas oportuna a las facultades.  se sugiere agregar al economato los controles de seguridad que se tienen en cada laboratorio para evitar los accidentes, los cuales existen, se aplican, pero no se tienen contemplados en la matriz del proceso.			

GESTIÓN AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión.</li> <li>* Falta de compromiso y motivación del personal con el Sistema de Gestión.</li> <li>* Falta de recursos.</li> <li>* Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer los cambios de los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente.</li> <li>* Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos.</li> <li>* Alta rotación del personal de los procesos</li> </ul>	Posibilidad de no mantener el Sistema de Gestión Ambiental de manera adecuada, conveniente y eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión.</li> <li>* Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas.</li> <li>* Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión.</li> <li>* Pérdida de la imagen Institucional.</li> <li>* Reprocesos.</li> </ul>	3	60	Extrema	<p><b>CONTROL 1</b> * Elaboración y Seguimiento de los aspectos e impactos ambientales.</p> <p><b>CONTROL 2</b> * Elaboración y Seguimiento cumplimiento requisitos legales.</p> <p><b>CONTROL 3</b> * Elaboración y Seguimiento programas ambientales</p>	2	10	Baja	Anual	<p>Revisión y actualización de requisitos legales aplicables al Medio ambiente mediante la Matriz de requisitos legales.</p> <p>Revisión y actualización programas ambientales. (uso eficiente agua, Uso eficiente energía, Manejo Integral de Residuos Sólido</p>		<p>El riesgo " Ausencia de Planeación" se elimina; ya que no es considerado un riesgo.</p> <p>El riesgo " Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración", desaparece; ya que la institución contemplará este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos.</p> <p>El riesgo "Posibilidad que los impactos ambientales significativos no sean controlados", será contemplado como riesgo estratégico dentro de la propuesta actual.</p>		No se tienen indicadores definidos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de compromiso de los líderes de procesos.</li> <li>* Sobrecarga laboral.</li> <li>* Desconocimiento de las herramientas para la mejora continua.</li> <li>* No existen datos actualizados para realizar una adecuada evaluación y seguimiento.</li> <li>* Delegación de la responsabilidad en otras personas.</li> <li>* Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos.</li> <li>* Falta de asignación de recursos.</li> </ul>	Posibilidad de no llevar a cabo el mejoramiento continuo de los procesos ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida del certificado del sistema de gestión.</li> <li>* Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas.</li> <li>* No se logra el mejoramiento continuo de los procesos.</li> <li>* Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión.</li> </ul>	3	30	Alta	<p><b>CONTROL 1</b> * Elaboración y Seguimiento de los aspectos e impactos ambientales.</p> <p><b>CONTROL 2</b> * Elaboración y Seguimiento cumplimiento requisitos legales.</p> <p><b>CONTROL 3</b> * Elaboración y Seguimiento programas ambientales</p>	2	10	Baja	Anual	<p>Revisión y actualización de requisitos legales aplicables al Medio ambiente mediante la Matriz de requisitos legales.</p> <p>Revisión y actualización programas ambientales. (uso eficiente agua, Uso eficiente energía, Manejo Integral de Residuos Sólido</p>			No se tienen indicadores definidos	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de recursos.</li> <li>* Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión.</li> <li>* Falta de compromiso en todos los niveles de la Institución.</li> <li>* Inadecuada aplicación de las técnicas y herramientas para la promoción del Sistema de Gestión.</li> <li>* Falta de conocimiento y apropiación del Software.</li> <li>* Falta de Inducción y reinducción al personal sobre el Sistema de Gestión.</li> </ul>	Posibilidad de no lograr impacto con la promoción de una cultura ambiental en las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida de credibilidad y confianza en el Sistema de Gestión por los usuarios y partes interesadas.</li> <li>* Pérdida de oportunidades de mejora en los procesos.</li> <li>* Reprocesos que generan costos adicionales en la gestión de los procesos.</li> <li>* Sistema de gestión obsoleto.</li> </ul>	3	30	Alta	<p><b>CONTROL 1</b> * Boletín informativo del Sistema de Gestión Institucional</p> <p><b>CONTROL 2</b> * Campañas de educación y sensibilización ambiental</p>	1	5	Baja	Semestral	<p>Actividades de sensibilización y educación ambiental</p>	Boletines a través del sistema de gestión Integral	diciembre 14	Lider del Proceso	No se tienen indicadores definidos

<p>* Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer la normatividad de los diferentes Sistemas de Gestión. * Falta de actualización del nomograma de cada uno de los Sistemas de Gestión. * Falta de recursos para aplicar la normatividad vigente.</p>	<p>Normatividad del Sistema de Gestión</p>	<p>* Sanciones económicas, disciplinarias, legales y judiciales. * Pérdida de la imagen Institucional. * Detrimiento patrimonial por sanciones económicas.</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Extrema</p>	<p>CONTROL 1 filiaciones a páginas relacionadas con el sistema de Gestión de la Institución. CONTROL 2 Monitorear constantemente los cambios normativos y socializarlos mediante el procedimiento "Identificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo".</p>	<p>2</p>	<p>10</p>	<p>Baja</p>	<p>Anual</p>	<p>Afiliaciones a páginas relacionadas con el sistema de Gestión de la Institución: General. Y ambiental (ambientalex.com) Comunicación a los procesos relacionados en Normatividad nueva o vigente.</p>	<p>Para requisitos legales GM-FR-018 Página Ambientalex.info Los cambios normativos seregistrann en ISOLUCIÓN</p>			<p>No se tienen indicadores definidos</p>
<p>*Desconocimiento de la normatividad y requisitos institucionales. Beneficio a particulares o amiguismo</p>	<p>Informes de Auditoría Este riesgo es compartido con Gestión de la mejora</p>	<p>*Procesos inoperantes *Falta de credibilidad en el sistema de gestión de calidad y ambiental.</p>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>Moderada</p>	<p>CONTROL 1 Cumplir con el procedimiento establecido GM-PR-001 PREPARACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>Baja</p>	<p>1 cronograma anual</p>	<p>Elaborar cronograma de actividades de Gestión ambiental con su respectivo seguimiento.</p>	<p>Procedimiento GM-PR-001</p>			<p>No se tienen indicadores definidos</p>
<p>* Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión. * Falta de compromiso y motivación del personal con el Sistema de Gestión de la Calidad. * Falta de recursos. * Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer los cambios de los requisitos de la Institución, las partes interesadas y la normatividad vigente. * Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos. * Alta rotación del personal de los procesos</p>	<p>Posibilidad de no mantener el Sistema de Gestión de Calidad manera adecuada, conveniente y eficaz.</p>	<p>* Pérdida de las certificaciones del sistema de gestión. * Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas. *Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión. * Pérdida de la imagen Institucional. * Reprocesos.</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Extrema</p>	<p>* Revisión por la dirección. * Auditorías internas * Seguimiento y medición de los procesos (Indicadores). * Evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Baja</p>	<p>Anual</p>	<p>Elaboración del informe de la Revisión por la Dirección para entregar al Rector, Representante de la Dirección y Jefe de Planeación.  Apoyo logístico a Planeación Institucional para la Revisión por la Dirección.  Contratar auditor interno.  Acompañar la ejecución de la Auditoría interna de acuerdo a procedimiento GM-PR-001 Preparación y Ejecución de Auditorías internas.  Enviar recordatorio a los procesos del cumplimiento de los indicadores.  Enviar informe al Rector y representante de la Dirección del seguimiento a los procesos.  Enviar recordatorio a los procesos del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.  Enviar informe al Rector y representante de la Dirección del cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>Acta</p>	<p>Desaparece el riesgo "Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable al Sistema de Gestión"; ya que desde Planeación se sugiere no manejar algo tan general que se presta para ambigüedades; si hay un riesgo en el cumplimiento de la norma, debe especificarse en que puntualmente. El riesgo " Manipulación o alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión (Isolucion)", será contemplará este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos. El riesgo " Ausencia de Planeación" se elimina; ya que no es considerado un riesgo de proceso; sino una condición de la persona.</p>		

GESTIÓN DE LA MEJORA

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de compromiso de los líderes de procesos.</li> <li>* Sobrecarga laboral.</li> <li>* Desconocimiento de las herramientas para la mejora continua.</li> <li>* No existen datos actualizados para realizar una adecuada evaluación y seguimiento.</li> <li>* Delegación de la responsabilidad en otras personas.</li> <li>* Falta de control por parte de la Dirección a los diferentes procesos.</li> <li>* Falta de asignación de recursos.</li> </ul>	<p>Posibilidad de no llevar a cabo el mejoramiento continuo de los procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida del certificado del sistema de gestión.</li> <li>* Pérdida de credibilidad y confianza en el sistema por parte de los usuarios y partes interesadas.</li> <li>* No se logra el mejoramiento continuo de los procesos.</li> <li>* Desmotivación del personal frente al Sistema de Gestión.</li> </ul>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Auditorías internas.</li> <li>* Seguimiento y medición de los procesos (indicadores).</li> <li>* Evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> <li>* Revisión por la dirección.</li> </ul>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Baja</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Elaboración del informe de la Revisión por la Dirección para entregar al Rector, Representante de la Dirección y Jefe de Planeación.</p> <p>Apoyo logístico a Planeación Institucional para la Revisión por la Dirección.</p> <p>Contratar auditor interno.</p> <p>Acompañar la ejecución de la Auditoría interna de acuerdo a procedimiento GM-PR-001</p> <p>Preparación y Ejecución de Auditorías internas.</p> <p>Enviar recordatorio a los procesos del cumplimiento de los indicadores.</p> <p>Enviar informe al Rector y representante de la Dirección del seguimiento a los procesos.</p> <p>Enviar recordatorio a los procesos del cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> <p>Enviar informe al Rector y representante de la Dirección del cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>Informes a rectoría</p> <p>Coreos de recordatorio a los líderes</p>	<p>diciembre 13</p>	<p>Lider del Proceso</p>	<p>No se tienen indicadores definidos</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de recursos.</li> <li>* Falta de compromiso de la alta Dirección con el Sistema de gestión.</li> <li>* Falta de compromiso en todos los niveles de la Institución.</li> <li>* Inadecuada aplicación de las técnicas y herramientas para la promoción del Sistema de Gestión.</li> <li>* Falta de conocimiento y apropiación del Software.</li> <li>* Falta de Inducción y reinducción al personal sobre el Sistema de Gestión.</li> </ul>	<p>Posibilidad de no lograr impacto con la promoción de una cultura de excelencia en la Institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida de credibilidad y confianza en el Sistema de Gestión por los usuarios y partes interesadas.</li> <li>* Pérdida de oportunidades de mejora en los procesos.</li> <li>* Reprocesos que generan costos adicionales en la gestión de los procesos.</li> <li>* Sistema de gestión obsoleto.</li> </ul>	<p>3</p>	<p>15</p>	<p>Moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Acompañamientos personalizados a los procesos.</li> <li>* Boletín informativo.</li> <li>* Actividades que promuevan el Sistema de Gestión de la calidad.</li> <li>* Inducción al personal nuevo del Sistema de Gestión de la Calidad.</li> </ul>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Baja</p>	<p>Permanente</p>	<p>Citar o acudir a reuniones con los líderes y personal de los procesos y subprocesos.</p>	<p>Inducción Moodle</p> <p>Actividades Moodle</p> <p>Boletines: Html</p> <p>Planillas de asesoria</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ausencia de controles para el manejo de la información.</li> <li>* Interés de beneficio particular.</li> </ul>	<p>Manipulación o Alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el sistema de Gestión (Isolucion).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida de información institucional.</li> <li>* Desviación de los resultados de los procesos.</li> </ul>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>Moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Software Isolucion con clave de acceso para cada uno de los usuarios.</li> <li>* Usuario de consulta a través de la página Web para todos los ciudadanos.</li> </ul>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Baja</p>	<p>Permanente</p>	<p>Crear usuarios con claves en Isolucion</p>				

	*Desconocimiento de la normatividad y requisitos institucionales. * Interés de beneficio particular.	Posibilidad de no reportar en los informes de auditoría los hallazgos que se evidencien.	*Procesos inoperantes de credibilidad en el sistema de gestión de calidad y ambiental. *Falta de credibilidad en el sistema de gestión de calidad y ambiental.	2	20	Moderada	Cumplir con el procedimiento establecido GM-PR-001 PREPARACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	1	10	Baja	Septiembre - octubre de cada vigencia.	Cumplir con el procedimiento establecido GM-PR-001 PREPARACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	Auditorías				
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA FISICA	1. Excesiva demanda del servicio que sobrecarga la capacidad laboral del personal a cargo. 2. Talento humano insuficiente y o con limitaciones. 3. Retrasos en obligaciones contractuales 4. Fallas técnicas, ambientales 5. Problemas de licencias	Posibilidad de atraso en la prestación de los servicios del proceso de gestión de infraestructura	1.Inconformidad de los usuarios 2.Lentitud para la atención de los requerimientos	3	15	Moderada	CONTROL 1 Programación de mantenimientos preventivos internos y externos anualizados CONTROL 2 Cumplimiento del proceso del sistema de gestión mediante las órdenes de servicio. CONTROL 3 Presentación de proyectos para suplir falencias en la infraestructura física. CONTROL 4 Programación y ejecución de jornadas intensivas de mantenimiento vacacionales	3	30	Alta	1 Programación anual Semestral las jornadas intensivas	CONTROL 1:Programación de mantenimientos preventivos internos y externos anualizados CONTROL 2: Cumplimiento del proceso del sistema de gestión mediante las órdenes de servicio. Evaluación anual del cumplimiento de Las actividades de Infraestructura programadas para el año. CONTROL 3 Formulación de proyectos de inversion en PLANNEA CONTROL 4 Programación y ejecución de jornadas intensivas de mantenimiento vacacionales	Programación de los mantenimientos-formato  Proyecto(s) en Plannea  Evaluación del cumplimiento de actividades en la misma formato de programación		Revisión general de la matriz del proceso. Se agrego el control de Programación y ejecución de jornadas intensivas, para el riesgo de " Posibilidad de atraso en la prestación de los servicios del proceso de gestión de infraestructura", este control se realizaba, pero no habia sido contemplado en la matriz de riesgos del proceso.		
	Cambio de vigencia fiscal, por consiguiente; incremento del IPC. Aumento de valor del dólar Cambios intempestivos de costos de algunos materiales o equipos Mayor tiempo de ejecución de los contratos por cambios normativos y legales	Riesgo de costo: Incremento de costos.	Desfinanciamiento de proyectos Mayor tiempo de ejecución	CONTROL 1 Proyección de costos acorde al incremento del IPC del año "Aclarando que los temas legales declaratorios desiertas de procesos y normatividad, sobrepasan la posibilidad de controlar el riesgo".	2	20	Moderada	CONTROL 1 Proyección de costos acorde al incremento del IPC del año "Aclarando que los temas legales declaratorios desiertas de procesos y normatividad, sobrepasan la posibilidad de controlar el riesgo".	3	15	Moderada	Permanente	CONTROL 1: Proyección de costos acorde al incremento del IPC del año "Aclarando que los temas legales declaratorios desiertas de procesos y normatividad, sobrepasan la posibilidad de controlar el riesgo". Al cambio de año se realiza incrementos acorde al IPC Se hace costeo a precio real del mercado (Es de tener en cuenta que las fluctuaciones e imprevistos derivados de la inestabilidad del dólar y el petroleo, no son controlados por parte de la institución)  Actualización del o los proyectos en PLANNEA.	Proyecto Plannea ajustado	diciembre 13	Lider del proceso	No se tienen indicadores definidos
	Por obsolescencia o es sustituida	Equipos e insumos: Los equipos e insumos adquiridos no suplan las expectativas ni las funciones requeridas acorde a los parametros establecidos.	Transtornos en el funcionamiento de la infraestructura Detrimiento patrimonial	CONTROL 1 Especificaciones técnicas definidas en el estudio previo y exigencia de garantías acorde a la naturaleza de cada equipo.	3	60	Extrema	CONTROL 1 Especificaciones técnicas definidas en el estudio previo y exigencia de garantías acorde a la naturaleza de cada equipo.	2	10	Baja	Permanente	Especificaciones técnicas definidas en el estudio previo y exigencia de garantías acorde a la naturaleza de cada equipo. Asesorarse con empresas que posean experiencia y buena reputación en el medio. Elaboración de estudios previos y fichas técnicas de equipos e insumos muy completas que garanticen la adquisición de lo requerido Exigencia de garantías otorgadas por el proveedor y amparadas por las respectivas agencias de seguros, según la naturaleza y acorde a las recomendaciones del area juridica.  Actualización del o los proyectos en PLANNEA.	Proyecto Plannea ajustado			



INVESTIGACIÓN	Falta de compromiso del personal involucrado en las actividades de investigación Desconocimiento de las características y normatividad de la institución Llevar a cabo proyectos de investigación no pertinentes. Fuerzas externas que presionen el desarrollo de proyectos no pertinentes. No se evalúa el valor agregado	Posibilidad de que las actividades que permiten el desarrollo de los proyectos de investigación, no aporten al fortalecimiento académico institucional, ni contribuyan a resolver las necesidades de la sociedad.	Perdida de tiempo Mal uso de los recursos No se publican los resultados producto de las investigaciones No se logra los impactos esperados. Restricción del presupuesto asignado para el ejercicio de la investigación	2	20	Moderada	CONTROL 1 verificar la pertinencia de las investigaciones que se realizan	1	5	Baja	Evaluación en diciembre y comprobación al terminar el proyecto	Evaluación para la aprobación de los proyectos de investigación. (formato IV-FR-016) Comprobación de los resultados e impactos esperados con el desarrollo de la investigación (IV-FR-11)	Formatos IV-FR-016 Y IV-FR-11	diciembre 15	Revisión general de la matriz del proceso	Lider del proceso	No se tienen indicadores definidos
	No continuidad del investigador principal. Administración deficiente de los recursos asignados para la ejecución del proyecto. Factores externos que generen cese de actividades.	Posibilidad que no se concluya una investigación en curso	Perdida de tiempo Detrimiento patrimonial. No se logra el impacto esperado. Perdida de imagen. Sanciones disciplinarias. Inhabilidad del investigador para participar en nuevos proyectos.	1	10	Baja	CONTROL 1 Verificar el cumplimiento técnico y financiero de los proyectos	1	5	Baja	julio- diciembre	Seguimiento técnico y financiero del proyecto(IV-FR-11)	IV-FR-11				
	Falta de seguridad tecnológica o humana. Desconocimiento de la legislación relacionada con derechos patrimoniales y propiedad intelectual. Incumplimiento de los convenios y actas de confidencialidad	Posibilidad de que se filtre información reservada o confidencial.	Demanda legal Perdida de credibilidad Detrimiento patrimonial Desmotivación del investigador.	2	20	Moderada	CONTROL 1 Proteger los proyectos y productos de investigación	1	5	Baja	febrero	Acta de confidencialidad Protección de modelos de mejoramiento, productos patentables. Actas de suscripción y derechos de autor.	Acta de suscripción				
	Recorte en el presupuesto de la entidad cofinanciadora	Posibilidad de que las entidades cofinanciadoras incumplan con los acuerdos establecidos para la ejecución del proyecto	Retrazos en el cumplimiento de los objetivos	2	10	Baja	CONTROL 1 Formalización de la Cofinanciación	1	5	Baja	octubre	Carta de intención, acta de suscripción de los proyectos	Acta de suscripción o convenio y acuerdo de CONFIDENCIALIDAD				

<p>1. Falta de gestión de LACMA para la entrega de la solicitud del servicio y términos de referencia para el mismo.</p> <p>2. Falta de gestión de la coordinación de laboratorios de la Facultad de Salud para la solicitud del servicio y términos de referencia para el mismo (estudios previos).</p> <p>3. No apertura del proceso de contratación por parte del área encargada.</p> <p>4. Falta de oferentes para el proceso de contratación de mantenimiento y calibración.</p>	<p>Posibilidad de no contratación del servicio de mantenimiento y calibración de equipos</p>	<p>1. Daño operacional y funcional del equipo, deteniendo así las mediciones y por ende la Prestacion de servicio.</p> <p>2. Deterioro en la imagen y credibilidad del laboratorio.</p>		<p>1. Reuniones de planeación entre LACMA y la coordinación de laboratorios de la Facultad de salud para construir estudios previos que incluyan términos de referencia para la contratación.</p> <p>2. Seguimiento a la apertura del proceso de contratación.</p> <p>3. Ajuste de terminos de referencia en el caso que no se presenten oferentes de manera reiterada.</p>			<p>Permanente</p>	<p>* Programar y hacer efectivas als reuniones de planeación para la construcción de estudios previos que incluyan términos de referencia para la contratación del mantenimiento y calibración.</p> <p>* Revisar los términos de referencia y ajustarlos para garantizar presentación de oferentes</p> <p>* Realizar seguimiento a través de llamadas y correos electrónicos al área encargada de la apertura del proceso de contratación de mantenimiento y calibración</p>	<p>No se tiene</p>	<p>El riesgo " Manipulación o alteración y ocultamiento de la información que se encuentra en el Sistema de Gestión de la calidad y de ambiental", será contemplará este dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos.</p> <p>El riesgo "uso indebido de los recursos de la entidad" Debe ser contemplado dentro de la actual propuesta de riesgos estratégicos.</p> <p>Desaparece el riesgo" posibilidad de presupuesto insuficiente"; Ya que el presupuesto no pone en riesgo el proceso, este continua su operación aunque sea con algunos recortes, pero el proceso nunca se detiene o desaparece por asuntos de recursos.</p> <p>Debe hacerse un plan de mejoramiento para el riesgo " Posibilidad de la no contratación del servicio de mantenimiento y calibración de equipos; ya que se esta presentando mucho en este proceso y en el Laboratorio de salud La declaración desierta de los mantenimientos.</p>	
<p>1. Ejecucion inadecuada de los programas de mantenimiento preventivo /correctivo y calibración de equipos por parte de personal no competente.</p> <p>2. Procesos poco efectivos en la adjudicación para el programa de mantenimiento y calibración de equipos a nivel institucional</p>	<p>Posibilidad de mantenimiento preventivo /correctivo y calibración inadecuados por falta de experticia del proveedor del servicio.</p>	<p>1. Daño operacional y funcional del equipo, deteniendo así las mediciones y por ende la Prestacion de servicio.</p> <p>2. Deterioro en la imagen y credibilidad del laboratorio.</p>		<p>1. Verificación del cumplimiento por parte del proveedor mantenimiento de equipos de los Terminos de referencia ajustados para la adjudicación.</p> <p>2. Participación de evaluación de proveedores y planes de mejoramiento, dirigidos por Bienes y Servicios Institucional</p>			<p>Cada que se hace un estudio previo</p>	<p>* Ajustar términos de referencia en los pliegos de contratación por subasta inversa para la adquisición de servicios de Mantenimiento Preventivos y Correctivos de equipos y calibración, que aseguren personal competente y calificado, con los debidos soportes de ello.</p> <p>* Diligenciar el formato de evaluación enviado por bienes y servicios para la vigencia inmediatamente anterior</p>	<p>Formato de evaluación a proveedores y estudios previos</p>	<p>El riesgo "Posibilidad de incumplimiento a la aplicación de controles de calidad internos y externos", desaparece el control que tenia ( adjudicación de insumos y servicios en el primer semestre del año); ya que desde jurídica no es posible tener esto a tiempo. Debe hablarse el tema con jurídica, porque varios procesos han manifestado la dificultad.</p> <p>El riesgo " Posibilidad que el proceso de direccionamiento estratégico y</p>	

LACMA

<p>1.Fallas en el proceso de comunicación con el cliente para la identificación del servicio.</p> <p>2.Errores e incumplimiento en los ensayos de medición</p> <p>3.Carencia en bienes y/o servicios para la prestación del servicio.</p> <p>4.Insumos y/o equipos no apropiados para el desarrollo del ensayo.</p>	<p>Posibilidad de fallas en la calidad de la prestación del servicio.</p>	<p>1.Afectación de los procesos para la entrega de resultados confiables y oportunos. (desempeño e imagen del laboratorio).</p> <p>2.Insatisfacción del cliente.</p> <p>3.Pérdida del certificado de habilitación por parte de la DSSA como ente regulador.</p>				<p>1.Verificación de las etapas del proceso según el Plan de Calidad de la Prestación del Servicio LAC-PS-OD-001.</p> <p>2. Verificación de Instructivos de preparación de medios y/o soluciones y Técnicas de análisis</p> <p>3. Realizar y Revisar listado de necesidades anuales.</p> <p>4. Participar en la Evaluación, Reevaluación y solicitud de planes de mejora a Proveedores dirigidos por Bienes y Servicios Institucional, según aplique.</p> <p>5. Verificar especificaciones técnicas de los insumos, equipos y/o reactivos que cumplan con la necesidad requerida.</p> <p>6. Evaluación de la Satisfacción del Cliente</p>					<p>* Revisión y actualización del Plan de Calidad para la Prestación de Servicio.</p> <p>* Revisión y actualización de instructivos de preparación de medios y/o soluciones y métodos de análisis.</p> <p>* Actualización de listado de necesidades anual.</p> <p>* Verificación de cumplimiento al plan de mejora cuando aplique.</p> <p>* Levantamiento de especificaciones técnicas de los insumos, equipos y/o reactivos que cumplen con la necesidad requerida.</p> <p>*Aplicación de las encuestas de satisfacción a los clientes.</p>	<p>Plan de calidad</p>
<p>1. Falta de competencia y capacitación del personal.</p> <p>2.Falencias en los procesos de adjudicación del servicio de controles externos.</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento a la aplicación de controles internos y/o externos</p>	<p>No confiabilidad de los resultados emitidos por el laboratorio.</p>				<p>1.Programa de entrenamiento.</p> <p>2. Perfiles de Cargo para el proceso de selección del personal del LACMA.</p> <p>3. Selección y adecuación de términos de referencia para los controles externos, ajustados a las necesidades del laboratorio.</p>					<p>* Inducción y entrenamiento a personal nuevo.</p> <p>* Selección y adecuación de términos de referencia para los controles externos, ajustados a las necesidades del laboratorio.</p>	<p>Perfiles de cargo están definidos al igual que el instructivo de programa de entrenamiento</p>
<p>Ineficiente detección del producto y/o Servicio No Conforme</p>	<p>Posibilidad de falta de identificación del Producto o Servicio No Conforme</p>	<p>Entrega no intencional al cliente de productos/servicios no conformes</p>				<p>1. Aplicación de la Clasificación del producto y/o servicio No Conforme, según LAC-PS-OD-008</p>				<p>cuando se presenta un producto no conforme</p>	<p>Capacitación y entrenamiento a personal nuevo en identificación del Producto NC</p>	<p>LAC-PS-OD-008</p>
<p>1. Falta de competencia y capacitación del personal.</p> <p>2. Fichas técnicas y de seguridad desactualizadas</p>	<p>Posibilidad de manejo inadecuado de reactivos.</p>	<p>Incidentes o accidentes en el laboratorio</p>				<p>1.Programa de entrenamiento.</p> <p>2. Perfiles de Cargo para el proceso de selección del personal del LACMA.</p> <p>3.Verificación de fichas técnicas y de seguridad</p>				<p>Indicadores semestrales y anuales.</p>	<p>* Inducción y entrenamiento a personal nuevo</p> <p>* Actualización semestral de fichas técnicas y de seguridad de reactivos</p>	<p>Perfiles de cargo están definidos al igual que el instructivo de programa de entrenamiento manual de riesgo químico para verificación de fichas y manejo de químicos.</p>

diciembre 13

negociación no garantiza la ejecución del plan de mercadeo y el incremento de clientes y su fidelización con el laboratorio", este riesgo es modificado en su redacción de la siguiente manera "Posibilidad que no se garantice la ejecución del plan de mercadeo y el incremento en el número de muestras", esto a raíz de buscar ser coherentes con el Plan de Desarrollo 2016-2020; el cual habla de muestras y no de personas.

Lider del proceso

No se tienen indicadores definidos

	1. No se cuenta con personal fijo que realice labores de mercadeo para la obtención de nuevos clientes y la fidelización de los mismos con el LACMA .	Posibilidad que no se garantice la ejecución del plan de mercadeo y el incremento en el número de muestras.	1.Poca competitividad en el mercado. 2.Generación de bajos ingresos que no permiten la autosostenibilidad del LACMA.			1. Indicador del Plan de desarrollo 2016-2020 2. Actualización del portafolio 3. Divulgación del portafolio				Cada que se solicita una cotización y también se comparte el portafolio	* Realizar mercadeo según plan anual que incluya gestión al número de muestras y divulgación de portafolio	Procedimiento de mercadeo y negociación				
	1. Falta de proyección e inversión para la acreditación ISO 17025:2005	Posibilidad de pérdida de clientes actuales y potenciales por la falta de acreditación en ISO 17025:2005	1.Pérdida de clientes actuales y potenciales 2.Deterioro en la imagen y credibilidad del laboratorio.			1. Capacitación 17025:2005				No	* Realizar solicitud de capacitación en 17025:2005 y seguimiento a la solicitud	No	Para la acreditación primero se van a capacitar algunas personas del proceso en el 2017.			
PERMANENCIA	Baja asistencia de los estudiantes al programa de Permanencia. Insuficientes recursos para fortalecer las estrategias implementadas desde el programa. Insuficientes espacios físicos para desarrollar las estrategias de permanencia	Posibilidad de que las estrategias Quédate en Colmayor no generen permanencia de los estudiantes	Afectación de la imagen Institucional Incumplimiento en las metas del plan de desarrollo. Bajo nivel de permanencia	3	60	Extrema	Evaluar las distintas estrategias del programa. Realizar seguimiento al desempeño de los estudiantes que asisten al programa.	3	15	Moderada	Evaluar las distintas estrategias del programa Se hará a través de el formato de evaluación de tutoría DC-PE-FR-005 Informe estadístico del formato de evaluación Realizar seguimiento al desempeño de los estudiantes que asisten al programa mas de 7 veces. Informe de alertas tempranas Informe de mejora académica Alertas tempranas cada momento evaluativo(25%) Informe de mejora académica 30 de junio 15 de diciembre informe estadístico del formato de evaluación semestral	Se hará a través de el formato de evaluación de tutoría DC-PE-FR-005 Seguimiento de desempeño de los estudiantes que asisten mas de 7 veces al programa. Informe de alertas tempranas Informe de mejora académica	Se hizo una revisión general de la matriz del proceso y se hicieron los siguientes ajustes: Desaparece el riesgo" Falta de presupuesto para poder contratar el recurso humano y físico que de respuesta a la demanda de servicios de los programas descentralizados"; Ya que el presupuesto no pone en riesgo el proceso, este continua su operación aunque sea con algunos recortes, pero el proceso nunca se detiene o desaparece por asuntos de recursos. El riesgo " Generar necesidades de recursos físicos o humanos con respecto a materiales para las tutorías o instrumentos para las actividades de sicología de quedate en Colmayor, con el fin de favorecer predegitamente a alguien", este riesgo es controlado con las necesidades y estudios previos, controles que se contemplarán en un riesgo el riesgo estratégico relacionado con la alteración de estudios previos. El riesgo "Manipulación o alteración de la información requerida para el proceso de Permanencia", era clasificado como un riesgo de corrupción, pero cambio su tipología; ya que en sus causas ninguna hace alusión a hechos corruptos, sino a causas relacionadas con el SPADIES.	diciembre 7	Lider del proceso	No se tienen indicadores definidos

	Carencia de sistemas de información apropiados para el manejo de la información estadística	Manipulación o alteración de la información	Informes de deserción imprecisos a la realidad de los facultades	2	40	Alta	Verificar la información de SPADIES	3	30	Alta	30 de junio 15 de diciembre	Hacer reunión interdisciplinar con tecnología para el mejoramiento continuo de la información subida al MEN	Acta de la reunión		Debe de pensarse otros controles, porque el actual no esta siendo suficiente y se esta generando inconsistencia con la información de SPADIES	
	Ausencia de Filtros de selección como entrevistas y pruebas de conocimiento.	Posibilidad de que los docentes o tutores del programa de permanencia no posean estrategias didácticas	Apatía de los estudiantes frente a las estrategias que se orfetan en Quedate en Colmayor	3	60	Extrema	Entrevistas psicológicas y pruebas de conocimiento y didáctica seguimiento de observación el el aula	1	5	Baja	Según contratación de personal nuevo	Entrevistas psicológicas y pruebas de conocimiento y didáctica Realizar proceso de selección para tutores o docentes de apoyo	Pruebas de conocimiento		El riesgo viene en disminución	
	Beneficio a terceras personas Engaño a la doncencia	Resolver de forma consciente y deliberada una actividad evaluable como talleres, trabajos o exámenes a un estudiante con el proposito de que obtenga uan buena nota, que no corresponde a su esfuerzo y trabajo.	Mala imagen del programa en los docentes de la institución	2	40	Alta	Sensibilización en el inicio de semestre a todos los docentes o tutores de Quedate en Colmayor, frente a la gravedad de de esta acción y a las consecuencias que esta traería para su permanencia en el proceso de Quedate en Colmayor. Desarrollar las tutorías basados en talleres y cartillas, construidas por equipo de Quedate en Colmayor Seguimiento periodico a las actividades que realizan los docentes en el aula de Quedate en Colmayor. Campaña de sensibilización a los docentes frentes a los valores Colmayor	3	15	Moderada	JUNIO Y DICIEMBRE	Seguimiento periodico a las actividades que realizan los docentes en el aula de Quedate en Colmayor. Revision constante a la asistencia al programa de permanencia Seguimiento a las evaluaciones por parte de los estudiantes Constante monitoreo a todas las actividades desarrolladas en el aula de permanencia.	Acta de reunión de autoevaluación del proceso		El riesgo viene en disminución	
GESTIÓN DEL HUMANO	Falta apropiación del procedimiento de selección y vinculación y los requisitos que se deben cumplir por parte de los líderes responsables de la selección del talento humano. Presiones indebidas en la contratación.	Posible vinculación del personal administrativo y docente que no cumple las competencias y/o requisitos exigidos	Elegir y vincular talento humano que no cumple con los requisitos o competencias necesarias para realizar las funciones requeridas. Afectación en la calidad del servicio. Incumplimiento con la normatividad. Poco apoyo en la gestión y entrega de resultados.	3	30	Alta	Se cuenta con procedimiento de selección y vinculación . Se tiene este tema incluido en la inducción de todo el personal que ingresa en la institución. Se realizó control de cumplimiento de requisitos de cada uno de las personas que ingresan por parte de la oficina de gestión del talento humano.	1	5	Baja	Cada que se hace una contratación	Realizar la verificación y comprobación de los requisitos sustentatorios de las competencias exigidas del personal vinculado a la Institución (lista de chequeo requisitos de ingreso TH-FR-051 Y TH-FR-004)	(lista de chequeo requisitos de ingreso TH-FR-051 Y TH-FR-004)		En la revisión general de la matriz del proceso se observa:  Debe hacerse un riesgo de nómina para el proceso Desaparece el riesgo que se tenía con relación " Plan de estímulos"; ya que la institución cuenta ya con este y por norma tiene siempre un presupuesto asignado.  El riesgo " No realización de la evaluación de desempeño en los tiempos establecidos", cambia su redacción por " Posibilidad que los resultados de la evaluación de desempeño sean influenciados para un beneficio particular"	Lista de chequeo por persona contratada
	Calificación de autoevaluación	Posibilidad que los resultados de la evaluación de desempeño sean influenciados para un beneficio particular.	Incumplimiento en los plazos de entrega de los resultados de las evaluaciones de desempeño por parte de los líderes de los procesos	3	15	Moderada	Se cuenta con un procedimiento tanto para la evaluación docente como administrativos. Se cuenta con software de evaluación de desempeño docente y evaluación tipo para el personal de carrera administrativa de la CNSC	1	5	Baja	Semestral	Evaluación de desempeño	Formato de evaluación de desempeño docente	diciembre 14	Lider del proceso	Evaluación docente/docentes contratados

<p>Incumplimiento de los líderes para garantizar que su personal se cualifique en competencias.</p> <p>Incumplimiento de lo planeado en el PIC por parte de los líderes de los procesos.</p>	<p>No cumplimiento del PIC por parte de los líderes y decanos</p>	<p>Incumplimiento del PIC</p> <p>Líderes que no asumen responsabilidad en el cumplimiento del PIC.</p> <p>Funcionario no capacitados ni actualizados</p>	3	30	Alta	<p>Se realiza socialización del PIC</p> <p>Se realizan mesas de trabajo para realizar seguimiento al PIC</p>	2	20	Moderada	Cada 2 meses	<p>Seguimiento al PIC (PIC aprobado vs capacitaciones realizadas)</p>		<p>El control de este riesgo debe continuar fortaleciendo para que la gente asista a las capacitaciones</p>	<p>Capacitaciones aprobadas/capitaciones realizadas</p>
<p>* Almacenamiento inadecuado de insumo, materia prima, reactivos.</p> <p>* Manejo inadecuado de materiales y equipos</p> <p>* No cumplir las normas establecidas para el manejo de los laboratorios.</p>	CONTAMINACIÓN	<p>* Pérdida y deterioro de materiales e insumos</p> <p>* Daños de equipos afectación a la salud humana</p> <p>* Sanciones económicas</p> <p>* Deterioro de la imagen institucional</p>	3	15	Moderada	<p>* Inducción a estudiantes de primer semestre en normas específicas de laboratorio de cada programa</p> <p>* Clasificación de la materia prima (Actividad etiquetado de la materia)</p> <p>* Manejo de sobrantes y devoluciones (Actividad de procedimiento, directriz y socialización a los docentes)</p> <p>* Limpieza y desinfección</p> <p>* Implementos de atención de emergencia</p>	3	15	Moderada	Primera semana del semestre	<p>Inducción de inicio de semestre por Facultades</p>	<p>formato de inducción de estudiantes</p>	<p>La evaluación del control del riesgo se mantiene</p>	
Robo	Pérdida de equipos, insumos y materiales.	<p>* Afectación de inventarios</p> <p>* Sobrecostos de reposición</p> <p>* Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios</p> <p>* Afectación de la actividad académica</p>	3	15	Moderada	<p>* Control mediante formato de prestatado de equipos</p> <p>* Control mediante formato de pedidos y materiales</p> <p>* Control de inventarios de equipos</p>	3	15	Moderada	Finalización de cada práctica de laboratorio	<p>Revisión de devoluciones</p> <p>Atención de solicitud de préstamos de equipos y diligenciamiento de formato</p> <p>Revisión de equipos en presencia de personal de almacén</p>	<p>formato para prestatado de equipos</p>	<p>La evaluación del control del riesgo se mantiene</p>	
<p>* Inadecuada manipulación</p> <p>* Falta de mantenimiento</p> <p>* Pérdida de la vida útil</p> <p>* Obsolescencia de equipo</p>	Daño de equipos, insumos y materiales	<p>* Alteración del inventario</p> <p>* Sobrecostos de reposición</p> <p>* Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios</p> <p>* Afectación de la actividad académica</p>	1	5	Baja	<p>* Realizar los mantenimientos</p> <p>* Proceso de inducción y reinducción para estudiantes y docentes.</p> <p>* Fichas rápidas de manejo a cada equipo</p>	4	40	Alta	<p>1 vez por año</p> <p>La primera práctica programada</p> <p>Al ingreso de un equipo nuevo</p>	<p>Acta de mantenimiento institucional para el mantenimiento de los equipos</p> <p>Práctica cero de laboratorio para el reconocimiento de los equipos de seguridad, materiales y medidas de atención de emergencias</p> <p>A partir del manual de operación de cada equipo que ingrese al inventario del laboratorio, realizar una Ficha Rápida que resuma el manejo habitual</p>	<p>Acta de mantenimiento</p> <p>fichas rápidas de los equipos</p>	<p>la evaluación del riesgo aumenta; ya que se considera que no fue bien valorado en su etapa de riesgo inherente.</p>	

LABORATORIO DE INGENIERIA AMBIENTAL	*Falta de Compromiso y responsabilidad de los docentes y/o estudiantes *Desconocimiento *Negligencia y falta de atención(Estudiantes y/o docentes) * Falta de insumos y materiales para la disposición de los residuos(Bolsas, guardianes, reactivos tec.)	Inadecuada disposición final de los residuos.	* Daño al medio ambiente *Afectación a la salud Humana * Sanciones a la institución *Daños a la infraestructura	3	15	Moderada	* Manual de riesgos quimicos y/o Biologicos *Implementación del Decreto 351 de 2014 *Reglamento de laboratorios * Inducción y reintroducción a estudiantes y docentes	3	15	Moderada	Inicio de funcionamiento del Laboratorio y cada vez que llegue un reactivo que no esté en el listado actualizado	Clasificación de los reactivos según el SGA y la matriz de compatibilidad Etiquetado de los reactivos con los pictogramas de seguridad y frases Actualización del Kardex de reactivos	Manual de riesgo Químico	diciembre 13	La evaluación del control del riesgo se mantiene	Líder del proceso	No se tienen indicadores definidos
	* No utilizar los elementos de seguridad *No cumplimiento de las normas de seguridad * Negligencia *Manipulación indebida de materiales, reactivos, insumos y equipos. * Eventos involuntarios * Daños a la Infraestructura * Deterioro de los implementos de trabajo	Accidentes en los laboratorios	* Afectación a la salud humana * Daño a los equipos * Sanciones a la institución * Sobrecostos * Afectación a la actividad académica * Daño a la infraestructura	4	40	Alta	* Reglamento de laboratorios *Inducción y reintroducción *Curso Introductorio para estudiantes de primer nivel (Salid, Facul de Arquitectura) *Revisión del estado de los implementos de trabajo(Dar de baja)	4	20	Moderada	Al inicio del semestre  Al inicio de cada semestre y las veces que sea necesario  La primera práctica programada  Al finalizar cada práctica.	Revisión del manual de riesgos  Cumplimiento del Reglamento de Laboratorios  Práctica cero de laboratorio para el reconocimiento de los equipos de seguridad, materiales y medidas de atención de emergencias  Evaluar el estado de los materiales usados luego de cada práctica y decidir la baja en aquellos casos en que sea un peligro inminente de riesgo	Exigencia de los implementos de laboratorio por parte del laboratorista y docentes a los estudiantes		El riesgo a disminuido su zona de riesgo de acuerdo a la evaluación realizada		
	* Inadecuada planeación *Falta de compromiso de los docentes *No existencia de una guía de la práctica *Error humano *Disminución de la asignación de recursos *Comportamientos económicos del mercado *Beneficio a terceros	Exceso o déficit en insumos y materia prima	*Afectación de la actividad académica *Afectación del presupuesto *Contaminación y/o Pérdida de insumos y materia prima *Replanteamiento del plan de compras *Detrimiento patrimonial	5	50	Alta	* Plan de compras *Estudio de necesidades *Guías de laboratorio * Diligenciamiento de los kardex de insumo y materia prima.	3	15	Moderada	Primer semestre del año  Al inicio de cada semestre los docentes deben entregar las guías  Al finalizar cada mes se actualizará el Kardex general	Listar los materiales e insumos necesarios para la continuidad de las prácticas basándose en el inventario actual y los requerimientos de las guías  Diseñar, clasificar, revisar y guardar electrónicamente las guías de las prácticas de laboratorios según las asignaturas.  Registrar el consumo de reactivos individual luego de cada práctica de laboratorio y mensualmente alimentar el Kardex general para contabilizar la cantidad de reactivo que queda	Guías de Laboratorio  Kardex		El riesgo a disminuido su zona de riesgo de acuerdo a la evaluación realizada		
Indebida interpretación normativa Cambios jurisprudenciales, Obstrucción por parte del juez impidiendo una debida defensa.	Probabilidad de no realizar la defensa jurídica de la entidad en debida forma.	Demandas contra la entidad con consecuencia de pago de perjuicios. Procesos disciplinarios contra el funcionario negligente. Procesos de detrimento patrimonial. Procesos penales.	3	60	Extrema	Seguimiento trimestral por parte del Jefe de Area de las actuaciones juridico-procesales realizadas, a través del seguimiento al indicador de Gestión Legal (Formato "Seguimiento Etapas Juridico-Procesales" GL-FR-040)	1	5	Baja	marzo-junio-septiembre-diciembre	Seguimiento trimestral por parte del Jefe de Area de las actuaciones juridico-procesales realizadas, a través del seguimiento al indicador de Gestión Legal (Formato "Seguimiento Etapas Juridico-Procesales" GL-FR-040)	Planillas de seguimiento de caso por caso		Dentro de la revisión general de la matriz del proceso se realizó:  Desaparece el riesgo " Probabilidad de no brindar la asesoría legal de forma oportuna y acorde con las normas que regulan dicha situación"; ya que, se considera un riesgo que es muy amplio, ambiguo y complejo de hacer seguimiento, las causas hacen alusión de corrupción de un juez entre otras causas de difícil gobernabilidad.  El riesgo de " Probabilidad de que los documentos derivados de las diferentes modalidades contractuales, contengan especificaciones que no estén acordes con el ordenamiento		No se tienen indicadores definidos	

GESTIÓN LEGAL

<p>Desconocimiento de la normatividad contractual</p>	<p>Probabilidad de que los documentos derivados de las diferentes modalidades contractuales, contengan especificaciones que no estén acordes con el ordenamiento contractual vigente (Especificaciones que omiten documentos o asuntos técnicos obligatorios)</p>	<p>Sanciones administrativas, demandas, procesos de responsabilidad fiscal, disciplinarios y penales. Pérdida de credibilidad de la dependencia y la entidad.</p>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<p>Asesoría y Revisión de documentos contractuales con el fin de garantizar que las especificaciones se establezcan de acuerdo a lo señalado en la normatividad vigente.</p>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<p>PERMANENTE</p>	<p>Asesoría y Revisión de documentos</p>	<p>Formato "Control Recepción y Revisión de Documentos" GL-FR-011 Cooreo electrónico de solicitud de revisión de estudio previo y de respuesta con observaciones</p>	<p>diciembre 12</p>	<p>contractual vigente (Especificaciones que omiten documentos o asuntos técnicos obligatorios), este riesgo cambia su tipo y deja de ser contemplado como corrupción; ya que, este no contempla dentro de sus causas asuntos de corrupción.  Debe de mirarse con el proceso un riesgo en la oportunidad del servicio; ya que se han tenido quejas verbales del tema en la revisión de riesgos con otros procesos.</p>	<p>Contratista legal (Diana)</p>	<p>No se tienen indicadores definidos</p>
<p>Negligencia, desconocimiento de funcionarios, clientelismo</p>	<p>Vincular a los procesos contractuales personas naturales o jurídicas que no son aptos para cumplir con el objeto contractual</p>	<p>Sanciones administrativas, demandas, procesos de responsabilidad fiscal, disciplinarios y penales.</p>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<p>Revisión por funcionarios de Gestión legal y por el Comité de contratación en los casos de procesos públicos, del 100% de documentos precontractuales presentados por los proponentes.</p>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<p>PERMANENTE</p>	<p>Verificación de documentos contractuales en cada modalidad</p>	<p>(Formato "Control Recepción y Revisión de Documentos" GL-FR-011 y los Informes de Evaluación de los procesos públicos) Planillas de control de documentación actas de evaluación</p>				<p>No se tienen indicadores definidos</p>
<p>omisión Desconocimiento</p>	<p>Probabilidad de no realizar una supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos.</p>	<p>Detrimiento Procesos disciplinarios, penales o controversias contractuales.</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>Baja</p>	<p>Inducción y capacitación de resolución 329 de 2013 Flash recordando cumplimiento de la resolución 329 de 2013.</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>Baja</p>	<p>Capacitación marzo 2017 flashn enero 2017</p>	<p>Inducción y capacitación de resolución 329 de 2013 Flash recordando cumplimiento de la resolución 329 de 2013.</p>	<p>De la capacitación acta de asistencia flash enviado</p>				<p>No se tienen indicadores definidos</p>



GRADUADOS	No hacer estudios de necesidades No actualización de la base de datos	Posibilidad que las estrategias implementadas para fortalecer vinculos con el graduado no sean pertinentes a las necesidades del graduado	Poco interes por parte del graduado para mantener contacto con la institución. Desconocimiento de la situación de sus graduados en el medio. No interes en actualizar sus datos	3	60	Extrema	Estudio de necesidades de información de graduados. Mantener la base de datos actualizada.	3	15	Moderada		Estudio de necesidades	Estudio de necesidades y oferta de cursos 2016, derivada del estudio 2015	diciembre 7	Aunque este año no se a hecho estudio de necesidades, se dio respuesta a la pertinencia con el estudio de 2015 del cual se ofertaron varios cursos a los graduados.  <b>Mirar comentario del proceso inserto</b>	Lider del proceso	No se tienen indicadores definidos
	Desconocimiento por parte de los funcionarios que operan el servicio Incumplimiento de los requisitos que exige el Ministerio de trabajo para operar bolsas de empleo.	Pérdida de la autorización por parte del Ministerio de trabajo para operar la bolsa de empleo.	No renovación de la autorización de operación de la bolsa de empleo. Pérdida de oportunidades laborales para los graduados.	3	60	Extrema	Presentación del proyecto de bolsa de empleo ante el Ministerio de trabajo ante de la fecha de vencimiento de la autorización.	3	15	Moderada	Cada 3 años	Proyecto de bolsa de empleo	La plataforma de la bolsa de empleo operando		Este riesgo cambia su tipología; ya que era considerado de corrupción, pero en sus causas no hay asuntos que hagan alusión a temas de corrupción.		
GESTIÓN DOCUMENTAL	Vandalismo, Incendio, e Inundacion Controles deficientes al realizar prestamo del documento,	Posibilidad de perdida del material de archivo	Pérdida de imagen sanciones disciplinarias . Deterioro patrimonial. Perdida de la memoria historica.	3	60	Extrema	Verificar y revisar las transferencias primarias. Controlar el prestamo de los documentos originales	3	15	Moderada	Permanente	Verificar y revisar las transferencias primarias Se revisa y verifica la transferencia primaria cotejando con el contenido de la caja Se verifica estado de los documentos y se saca copias si es requerido y archiva con documento original. Controlar el prestamo de los documentos originales Se hacen scaners y se comparte es el documento electronico.	Verificación de la transferencia en cada caja  Correos electronicos de documentos scaneados compartidos		La evaluación del control es Moderada y no se tiene una observación con relación a la misma.		
	condiciones del medio ambiente inapropiado. Almacenamiento inadecuado. Influencia de microorganismos externos, (hongos, insectos roedores. etc)	Posibilidad de detrioro de los documentos por agentes externos (microorganismos y agentes probioticos)	Pérdidas financieras Pérdida de información Inadecuada prestación del servicio Detrimto patrimonial Insatisfacción del cliente	Cumplimiento del acuerdo 049 del 2000 de Arcbhivo general de la nacion. (Condiciones locativas para el archivo)  Bodegaje en custodia de los documentos de archivo.  Fumigaciones  Aseo idoneo	3	30	Alta		3	15	Moderada	Diciembre	Cumplimeinto del acuerdo 049 del 2000 de Arcbhivo general de la nacion. (Condiciones locativas para el archivo) solicitud de compra de insumos para el archivo de documentos en unidades de conservacion de material plastico, y deshacificados. Limpieza mensual al lugar de archivo. Fumigacion mensual al local de archivo. ( Manejo de firma )	Carpetas con material plastico y deshacificados Evidencia de la fumigación en <infraestructura fisica	diciembre 14	Dentro de la evaluación del control se discutió que se debe acordarse con Infraestructuta para hacer llegada la evidencia de las fumigaciones a gestión documental y hablar para solicitar otro tipo de aseo al realizado permanente dentro todas las oficinas de la institución.	Lider del proceso

	Eliminar voluntariamente el documento. Cambiar el contenido No transferir la documentación de archivo	Alteración y retardo de la documentación	sanciones financieras, y disciplinarias.	3	60	Extrema	CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN	3	15	Moderada	<p>Permanente</p> <p>CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN Solicitud prestamo de documentos mediante formato GLGD- FR - 019 Acceso restringido archivo central Digitalización de los documentos.</p> <p>VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA Enviar correos electronicos a las dependencias cuando el reporte en el sistema no coincide con el consecutivo. (Sistema Document) Asignacion de una clave comun, con el compromiso de cambiarla. Revisar los consecutivos de radicacion y sus formatos dentro del sistema Manejo de firma digitalizada</p> <p>Diario</p>	<p>Solicitud prestamo de documentos mediante formato GLGD- FR - 019</p> <p>Correos electronicos a las dependencias cuando el reporte en el sistema no coincide con el consecutivo. (Sistema Document)</p>	La evaluación del control es Moderada y no se tiene una observación con relación a la misma.				
VIRTUALIDAD	1, Ausencia de controles para el manejo de la información. 2.Carencia de sistemas de información apropiados para el manejo dela información. 3. Manejo inapropiado de las contraseñas asignadas a los usuarios del sistema	Manipulación o alteración de la información almacenada en la bd de Moodle	Alteracion de la información	3	60	Inaceptable	Modificar contraseñas, eliminar usuarios que ya no pertenezcan a la institución, actualizar version de Moodle para evitar huecos de seguridad, manejo de base de datos unicamente por la coordinadora responsable del proceso y el area de sistemas (servidor donde esta alojada la BD).	1	10	Baja	Al inicio de cada semestre	Mejorar los sistemas de seguridad de la plataforma virtual		diciembre 07	El riesgo "Posibilidad que la institución infrinja derechos de autor atraves de la publicación de mateerial rn la plataforma Moodle", es un riesgo contemplado en la propuesta de riesgos estratégicos.	Lider del proceso	No se tienen indicadores definidos
	1. Falta de capacitación para la descripción de las actividades 2. Falta de compromiso por parte del docente para apropiarse de la herramienta	Posibilidad de que los docentes soliciten la apertura del curso, pero no ingresen a realizar actualización de actividades y/o acompañamiento en la solución de inquietudes	Afectación de la imagen de la herramienta. Afectacion de la fidelizacion del servicio	Afectación de la imagen de la herramienta.	3	60	Inaceptable	Ofrecer capacitaciones permanentes a los docentes, Revisar el ingreso de actividades y verificar que lo haga permanentemente (existen dos formatos de seguimiento que permiten realizar estos controles) Formato creación de curso en moodle	1	5	Baja	durante todo el semestre	Capacitación y asesoria permanente a docentes en el manejo tecnico de la plataforma				

GESTION DE COMUNICACION	<p>Solicitudes de servicio fuera de los rangos de tiempo establecidos.</p> <p>Requerimientos de servicios informales.</p> <p>Exceso de reuniones.</p> <p>Personal insuficiente y sin las competencias requeridas.</p> <p>Desactualización de software necesarios para el desarrollo del proceso.</p> <p>Herramientas de trabajo obsoletas.</p>	<p>Insatisfacción con la prestación de los servicios en terminos de tiempo y calidad</p>	<p>Falta de calidad en los prestación de los servicios.</p> <p>Insatisfacción de los usuarios con la presatación de los servicios.</p> <p>Retraso en la atención a los requerimientos de los usuarios.</p>	3	60	Inaceptable	<p>Procedimiento de Atención a solicitudes de servicio de comunicaciones.</p> <p>No recepcionar requerimientos por fuera del procedimiento establecido.</p> <p>Medición de indicadores del proceso.</p>	3	30	Importante	<p>1</p> <p>Cada que se presente.</p> <p>Según frecuencia.</p>	<p>Procedimiento de Atención a solicitudes de servicio de comunicaciones.</p> <p>Envío de flash notificando que la atención a requerimientos se hará solo con el diligenciamiento de la Solicitud de servicios.</p> <p>No recepcionar requerimientos por fuera del procedimiento establecido.</p> <p>Envío de correos electronicos cuando no se cumple con el diligenciamiento del formato de Solicitudes de servicio.</p> <p>Medición de indicadores del proceso.</p> <p>Medición de indicadores de acuerdo a la frecuencia establecida.</p>	<p>Atencion de las solicitudes en PLANNEA</p> <p>Medición de los indicadores</p>	<p>diciembre 7</p>	<p>Desaparece el riesgo publicidad engaños ya que este no es considerado un riesgo, pues comunicaciones solo recepciona las solicitudes de publicación</p> <p>Con relacion al riesgo Desactualización de la información, este paso a ser uno de los riesgos de la propuesta de riesgos estratégica, desde rectoría se dar'a un tiempo prudencial para que todo el mundo haga la actualización de todo lo publicado en relación con su proceso correspondiente, tanto en la web como en Isolucion.</p> <p>El proceso manifiesta que los riesgos actuales contemplados</p> <p>Insatisfacción con la prestación de los servicios en terminos de tiempo y calidad</p> <p>Afectación del posicionamiento de la marca Institucional.</p> <p>Estos riesgos son un compromiso de todos y deben ser manejados como estrategicos.</p>	<p>Lider del proceso</p>	<p>Solicitudes recepcionada&amp;solicitudes atendidas</p>
	<p>Situaciones imprevistas de orden academico, administrativo y proceder inadecuado de un funcionario.</p> <p>Falta de presupuesto para llevar plan de mercadeo y comunicación para el posicionamiento de la marca Institucional.</p>	<p>Afectación del posicionamiento de la marca Institucional.</p>	<p>Perdida de credibilidad Institucional.</p> <p>Deterioro de la imagen .</p> <p>Deserción de estudiantes</p> <p>Disminución en los niveles de inscripción de estudiantes.</p> <p>Falta de conocimiento de la naturaleza jurídica de la Institución.</p>	3	60	Inaceptable	<p>Uso de medios de comunicación con los que cuenta la Institución.</p> <p>Verificación y aprobación de la información por parte del solicitante.</p>	2	20	Moderado	<p>Cada que se requiera.</p>	<p>Uso de medios de comunicación con los que cuenta la Institución.</p> <p>Difusión de información institucional, académica y administrativa a través de diferentes medios</p> <p>Verificación y aprobación de la información por parte del solicitante.</p> <p>Solicitud de servicios de comunicaciones</p>	<p>Solicitudes recepcionadas</p>			<p>Indicadores medidos</p>	

Bienestar Institucional	<p>El plan de acción de funcionamiento del proceso de bienestar no corresponde con las necesidades de la comunidad institucional. Incumplimiento del plan de acción de funcionamiento de bienestar institucional formulado. Recursos insuficientes para cumplir con el plan de acción establecido. No hacer seguimiento y evaluación al plan de acción del proceso.</p>	<p>Probabilidad de que los servicios de bienestar institucional no sean pertinentes con el objetivo del proceso</p>	<p>Insatisfacción de los usuarios de los servicios de bienestar institucional. Pérdida de credibilidad en el tema de bienestar institucional. Pérdida de imagen. Disminución en la demanda de los servicios. Baja cobertura de los servicios de bienestar institucional. Sobrecosto y mal aprovechamiento de los recursos institucionales.</p>	3	30	Importante	<p>Evaluación a los indicadores de gestión: Medición de encuestas de satisfacción</p>	1	f	FALSO				diciembre 12	<p>Este proceso no se ha evaluado los riesgos desde diciembre de 2015</p> <p>1. En abril de 2016 llego nuevo lider al proceso 2. Agosto de 2016 no fue posible trabajar completamente los riesgos, porque el lider se encontraba en Bogota y luego se hizo solo una revisi'on a la identificaci'on de los riesgos</p> <p>En diciembre se manifiesta la necesidad de evaluarlos en enero ya que los controles con los que se evalua apenas estarian ejecutandose en diciembre.</p>	Lider del proceso	Indicadores medidos
	<p>Los servicios de bienestar no corresponden a las necesidades de la comunidad institucional. Deficiencias en la prestación del servicio. No tener las instalaciones y la dotación adecuada para el cumplimiento del cronograma establecido. Falta de talento humano para el cumplimiento del plan de acción de sostenimiento. Falta de difusión de los servicios de bienestar institucional.</p>	<p>Probabilidad de que los programas de bienestar institucional no cumplan con la cobertura establecida para la población objetivo</p>	<p>Pérdidas financieras. Insatisfacción de los usuarios de los servicios de bienestar institucional. Altos niveles de deserción de los usuarios de los servicios. Disminución de la demanda de los servicios. Pérdida de imagen.</p>	3	30	Importante	<p>Evaluación a los indicadores de gestión: Medición de numero de beneficiarios de los servicios de Bienestar Institucional</p>	2	20	Moderado							
	<p>Intereses particulares . Desconocimiento sobre responsabilidades en el seguimeinto a un objeto contractual.</p>	<p>Posibilidad de que se puedan generar hechos de Corrupción por incumplimiento u omisión a las funciones delegadas de Interventoria o Auditoria que puedan generar incumplimiento del objeto contractual.</p>	<p>Afectación de la Imagen Institucional. Efectos legales, sanciones disciplinarias.</p>				<p>Todo documento que requiera un proceso de contratación que se genere en Extensión Académica, deberá contar con revisión y aprobación de las dependencias relacionadas con la misma (Jurídica, Secretaria General, Rectoría).</p>								<p>Esta evaluacion de los controles de los riesgos del proceso es de abril de 2016.</p>		

<p>* No ejecución de convenios y/o contratos al 100%. * Liquidación anticipada de convenios y/o contratos. * Insuficiente gestión para la celebración de convenios y/o contratos que permitan el cumplimiento de la meta establecida o acordada.</p>	<p>Posibilidad de que no se generen los ingresos de Otras fuentes para la Institución que permita cumplir con la meta establecida por parte de Extensión Académica y Proyección Social.</p>	<p>* Disminución de excedentes para la Institución. * Incumplimiento a las acciones planteadas en el plan de desarrollo Institucional.</p>	2	20	Moderado	<p>Se realiza un seguimiento periodico a la contratación, así como a los recursos que dicha contratación puede generar a la Inst. Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.</p> <p>Se revisa y se documenta la ejecución semestral de los Convenios y Contratos , y a la vez se documenta el monto de las Transferencias realizadas por Extensión Académica y Proyección Social a la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.</p>	1	5	Aceptable	<p>Permanente</p> <p>Trimestral.</p> <p>Trimestral.</p>	<p>Realizar seguimiento permanente a la ejecución de la contratación a cargo de Extensión Académica y Proyección Social (CONTRATA) .</p> <p>Se realiza seguimiento frente a la Meta establecida para la Generación de Ingresos para la Institución por parte de Extensión Académica y Proyección Social.</p> <p>Documentar las transferencias realizadas a la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia por parte de Extensión Académica y Proyección Social.</p>	<p>* Se distribuyen los ingresos previstos de un convenio y/o contrato en 40% , 40% y 20%. El primer 40% garantiza la operación de la unidad de Convenios y Contratos y demás unidades de Extensión Académica y Proyección Social, en la eventualidad de que estos no cuenten con recursos de inversión. El segundo 40% se proyecta como ingresos netos para la Institución, que son los que alimentan el presupuesto institucional y que son transferidos mediante memorando, de acuerdo a la ejecución real de los convenios y/o</p>
<p>EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL</p> <p>No entrega oportuna de los insumos por parte de las facultades para la elaboración del plan de formación o de Extensión.</p> <p>Asignación insuficiente de recursos para la realización de Educación Continua.</p> <p>Carencia de espacios físicos para la realización de actividades de formación de Educación Continua.</p>	<p>EDUCACION CONTINUA: Posibilidad de no cumplir con el Plan de extensión en lo referente a educación continua.</p>	<p>La oferta de servicios puede no satisfacer las necesidades de los clientes. Los egresados de la Institución Universitaria no encuentran en esta la posibilidad de actualización. Opción poca atractiva para las personas interesadas. Bajo posicionamiento de la institución como entidad prestadora de servicios. Incredulidad por parte de los Clientes.</p>	2	20	Moderado	<p>Se motiva y se solicita a las diferentes facultades, la Planeación, la formulación y preparación de actividades de formación que consideren pueden ser de interés y necesarias para dar respuesta a las necesidades de los graduados, de los estudiantes y de la comunidad en general.</p>	2	20	Moderado	<p>Febrero y Agosto de cada Año</p> <p>Annual</p> <p>Febrero</p> <p>Permanente</p>	<p>Indagar sobre la disponibilidad de espacios (aulas) para el desarrollo de actividades de educación continua.</p> <p>Se solicita a las Facultades las actividades la presentación del Plan de Actividades de Extensión a desarrollarse para elaborar el plan de Educación Continua</p> <p>Se elabora plan de acción (Portafolio) a partir de la información que se tenga desde las facultades.</p> <p>Se establece coordinación con Comunicaciones para generar una estrategia de difusión.</p>	<p>Evidencia: Solicitud de información sobre disponibilidad de Espacios y respuesta de Admisiones. A partir esta información, se toman decisiones sobre la realización de Actividades de Educación Continua.</p> <p>Solicitud a las facultades sobre actividades de educación continua a desarrollar en el año, y Respuesta de las facultades.</p> <p>Plan de Educación Continua (Portafolio)</p> <p>Solicitud a Comunicaciones para establecer</p>

abril

No se tiene indicadores definidos

<p>Poca o inapropiada consulta sobre las necesidades de los egresados. Falta de personal idoneo y suficiente para el desarrollo de las actividades. Poca demanda de los programas ofertados por Educación continua / CMA. No existe un estudio permanente y sistemático que consulte las necesidades de los egresados y del sector productivo.</p>	<p>EDUCACION CONTINUA: Posibilidad de que los servicios de Educación Continua no sean pertinentes a las necesidades de sus egresados y del entorno.</p>	<p>La Oferta de servicios de Educación Continua puede no llenar las expectativas de formación de sus egresados. Afectación negativa de la Imagen Institucional. Disminución en la demanda de Servicios de Extensión Académica.</p>	2	20	Moderado	<p>Se estimula la revisión de las actividades formuladas por las facultades de manera que estas respondan a los procedimientos establecidos y que reflejen pertinencia para el grupo de personas al cual van dirigidas. (Comité de Extensión)</p>	1	5	Aceptable	<p>Permanente Permanente Permanente</p>	<p>Elaborar y mantener en vigencia un procedimiento que determine unos mínimos para la Planeación, desarrollo y evaluación de actividades de Educación Continua  Verificar que la Planeación y formulación de actividades cumplan con los procedimientos establecidos.  Solicitar la aprobación por parte de la Facultad responsable, de manera que se garantice, desde su experticia, calidad en los contenidos y asignación de Docente Idoneo.</p>	<p>El procedimiento mismo actualizado y aplicado.  Formulación de Actividades cumpliendo el procedimiento establecido.  Firma de aprobación y / o correo del Líder de la Facultad o dependencia que solicita la actividad.</p>				
<p>Dificultades en la planeación específica de la actividad. Deficiencias en la Asignación de docentes por parte de la facultad. Desarrollo de las actividades en espacios poco apropiados para la misma.</p>	<p>EDUCACION CONTINUA Posibilidad de que las actividades de educación continua no cuenten con la calidad esperada / ofertada.</p>	<p>Afectación de la imagen institucional Disminuye la demanda de los servicios de la institución.</p>	1	10	Tolerable	<p>Verificación de los docentes asignados por las facultades para la realización de las actividades, Verificación del espacio en la Institución para la realización de las mismas y Evaluación de las actividades realizadas que así lo contemplen.</p>	1	5	Aceptable	<p>Permanente Diciembre Julio-enero</p>	<p>Mantener registros actualizados de la información sobre Educación Continua generada en cada una de las facultades y reportadas o solicitadas (SIPEX).  Capacitar a las personas delegadas tanto por las facultades, como por las unidades de Negocio para el manejo del SIPEX.  Evaluar y documentar semestralmente, el grado de satisfacción de los usuarios de las actividades de Educación Continua realizadas.</p>	<p>Todas las actividades que sean reportadas y solicitadas por las facultades deberán estar ingresadas en el SIPEX.  Convocatoria enviada por correo y Listado de Asistencia a la Actividad.  Tabulación de las Evaluaciones realizadas Acta de análisis de la información realizada por Extensión Académica</p>				
<p>* Almacenamiento inadecuado de insumo, materias primas, reactivos. * Manejo inadecuado de materiales y equipos * No cumplir las normas establecidas para el manejo de los laboratorios.</p>	<p>Contaminación</p>	<p>* Pérdida y deterioro de materiales e insumos * Daños de equipos afectación a la salud humana * Sanciones económicas * Deterioro de la imagen institucional</p>	3	30	Alta	<p>CONTROL 1: Inducción a estudiantes de primer semestre</p>	1	5	Baja		<p>CONTROL 1: Curso introductorio a estudiantes de primer semestre Realizar el curso introductorio a estudiantes de Primer cuya temática es Introducción al Laboratorio. CONTROL 2: Clasificación de los materiales Realizar etiquetado y almacenamiento de los diferentes insumos y reactivos de laboratorio CONTROL 3: Manejo de sobrantes y devoluciones (Actividad de procedimiento, directriz y socialización a los docentes). Realizar un adecuado manejo de sobrantes y devoluciones de acuerdo a la normatividad vigente después de realizadas las prácticas de laboratorio. CONTROL 4: Limpieza y desinfección Realizar adecuada limpieza y desinfección del área de los laboratorios y de cada uno de los laboratorios, de acuerdo al procedimiento establecido para tal fin.</p>	<p>Registros de la asistencia para la inducción Cronograma y seguimiento de limpieza y desinfección Etiquetas en los reactivos de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.</p>		<p>Se hizo la revisión de la matriz del proceso, se revisó la identificación, las actividades, evidencias y se hizo la calificación de todos los riesgos del proceso.</p>		

Robo	Pérdida de equipos, insumos y materiales.	* Afectación de inventarios * Sobrecostos de reposición * Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios * Afectación de la actividad académica	3	30	Alta	CONTROL 1 Control mediante formato de de prestamo de equipos CONTROL 2 Control mediante formato de pedidos y materiales CONTROL 3 Control de inventarios de equipos	3	15	Moderada	PERMANENTE	Diligenciamiento de los formatos	Formatos diligenciados
* Inadecuada manipulación * Falta de mantenimiento * Pérdida de la vida útil * Obsolescencia del equipo	Daño de equipos, insumos y materiales	* Alteración del inventario * Sobrecostos de reposición * Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios * Afectación de la actividad académica	3	30	Alta	CONTROL 1 Realizar los mantenimientos CONTROL 2 Proceso de inducción y reinducción para estudiantes y docentes. CONTROL 3 Fichas rápidas de manejo a cada equipo	3	30	Alta	PERMANENTE	Contratar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.	El informe del proveedor que realiza los mantenimientos  Registro de asistencia a inducción y reinducción  Fichas rápidas en cada equipo
* Falta de Compromiso y responsabilidad de los docentes y/o estudiantes * Desconocimiento * Negligencia y falta de atención (Estudiantes y/o docentes) * Falta de insumos y materiales para la disposición de los residuos (Bolsas, guardianes, reactivos tec.)	Inadecuada disposición final de los residuos.	* Daño al medio ambiente * Afectación a la salud Humana * Sanciones a la institución * Daños a la infraestructura	3	60	Extrema	CONTROL 1 Manual de riesgos químicos y/o Biológicos CONTROL 2 Implementación del Decreto 351 de 2014 CONTROL 3 Reglamento de laboratorios CONTROL 4 Inducción y reinducción a estudiantes y docentes CONTROL 5 Inclusión de insumos para disposición de residuos en el plan de compras. CONTROL 6 Revisión de la disposición final de los residuos. En caso de fallas en la disposición se envía comunicado al docente o funcionario respectivo	1	5	Baja		Divulgación del manual, del decreto y reglamentación de los laboratorios en la inducción y reinducción.  Inclusión de los insumos en plan de compras con SST  Auditoria permanente del sistema de gestión ambiental para la disposición de los residuos	Registro de asistencia Registro de los contratos de compras Auditoria anual y queda un informe
* No utilizar los elementos de seguridad * No cumplimiento de las normas de seguridad * Negligencia * Manipulación indebida de materiales, reactivos, insumos y equipos. * Eventos involuntarios * Daños a la Infraestructura * Deterioro de los implementos de trabajo	Accidentes en los laboratorios	* Afectación a la salud humana * Daño a los equipos * Sanciones a la institución * Sobrecostos * Afectación a la actividad académica * Daño a la infraestructura	3	30	Alta	CONTROL 1 Reglamento de laboratorios CONTROL 2 Inducción y reinducción CONTROL 3 Curso Introductorio para estudiantes de primer nivel (Programas de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa de Ingeniería Ambiental) CONTROL 4 Revisión del estado de los implementos de trabajo (Dar de baja)	3	15	Moderada	semestral  Semestral	Curso introductorio  Desde seguridad y salud e el trabajo se esta haciendo acompañamiento e inspección en los laboratorios  Revisión del estado de los implementos de trabajo (Dar de baja)	Asistencia  Acta de las condiciones de los equipos de trabajo

diciembre 21

Coordinadora de laboratorios

No se tiene indicadores definidos

<p>* Inadecuada planeación          * Falta de compromiso de los docentes          * No existencia de una guía de la práctica          * Error humano          * Disminución de la asignación de recursos          * Comportamientos económicos del mercado          * Beneficio a terceros</p>	<p>Exceso o déficit en insumos y materiales</p>	<p>* Afectación de la actividad académica          * Afectación del presupuesto          * Contaminación y/o Pérdida de insumos y materiales          * Replanteamiento del plan de compras          * Detrimiento patrimonial</p>	<p>3</p>	<p>30</p>	<p>Alta</p>	<p>CONTROL 1          Plan de compras          CONTROL 2          Estudio de necesidades          CONTROL 3          Guías de laboratorio          CONTROL 4          Diligenciamiento de los kardex de insumos y materiales</p>	<p>3</p>	<p>15</p>	<p>Moderada</p>	<p>Anual          Anual          Cada dos años          Semestral</p>	<p>Plan de compras          Estudio de necesidades          Guías de laboratorio          Diligenciamiento de los kardex de insumos y materiales</p>	<p>Para el plan los estudios previos y las subastas          Correos a los docentes con solicitud de necesidades          Documento de guía de laboratotios          Kardex</p>				
<p>Falta infraestructura física y tecnológica          Falta de recursos bibliográficos          Inadecuada difusión de los servicios</p>	<p>Posibilidad de que los servicios del proceso de Apoyo Educativo no alcancen la cobertura establecida para la población objetivo.</p>	<p>Insatisfacción del usuario          Servicio no conformes          Perdida de imagen          Disminución y/o supresión de los servicios de Biblioteca</p>	<p>2</p>	<p>40</p>	<p>Importante</p>	<p>CONTROL 1          Mantener los Convenios interbibliotecarios          CONTROL 2          Medición de la satisfacción del cliente.</p>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>Moderado</p>	<p>ANUAL          SEMESTRAL</p>	<p>CONTROL 1          Mantener los Convenios interbibliotecarios          CONTROL 2: Medición de la satisfacción del cliente.          Encuesta de comunicaciones</p>	<p>Los convenios          Informe de medici'on de satisfacci'on del cliente</p>		<p>Reviso la matriz y la evaluacion sigue vigente tal cual se hizo en abril, se adecuo el riesgos Que el material bibliográfico no se entregue con las especificaciones técnicas y oportunidad requerida por la Institución y fue evaluado.</p>		
<p>Deterioro del material por causas del medio ambiente, por la naturaleza misma del material, por el ambiente en el que se almacena y la forma en que se manipula.          Vandalismo de los usuarios</p>	<p>Posibilidad de deterioro de libros y equipos tecnológicos necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso.</p>	<p>Pérdidas financieras          Pérdida de información          Inadecuada prestación del servicio          Detrimiento patrimonial</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Inaceptable</p>	<p>CONTROL 1          Verificación anual de inventario          CONTROL 2          Mantenimientos preventivos al material bibliográfico y a los equipos          CONTROL 3          Fumigación semestral de la Biblioteca          CONTROL 4          Evaluación y Descarte anual del material bibliográfico</p>	<p>2</p>	<p>20</p>	<p>Moderado</p>	<p>1 Inventario Anual          1 fumigación          1 Evaluación y descarte          1 Campaña</p>	<p>CONTROL 1: Verificación anual de inventario          CONTROL 2: Mantenimientos preventivos al material bibliográfico y a los equipos.          Soportes de mantenimiento de libros y equipos          CONTROL 3: Fumigación semestral de la Biblioteca          CONTROL 4: Evaluación y Descarte anual del material bibliográfico          Soporte formato – Biblioteca          Campaña semestral con estudiantes del "Fondo EPM" contra el vandalismo y el buen uso del material</p>	<p>Inventario          Los libros muestran el tratamiento realizado          Informe de evaluaci'on y descarte de material          Campanas visuales</p>				



<p>Falta de control por parte del personal de circulación y préstamo Vandalismo de los usuarios Vulnerabilidad de las instalaciones locativas Falta de ética por parte de los funcionarios y de los estudiantes Falta de sentido de pertenencia</p>	<p>Posibilidad de pérdida de libros y equipos tecnológicos necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso.</p>	<p>Pérdidas financieras Pérdida de información Inadecuada prestación del servicio Detrimiento patrimonial Falta de mantenimiento del sistema de seguridad Investigaciones y/o posibles sanciones. Pérdidas económicas del bien físico.</p>	<p>2</p>	<p>40</p>	<p><b>Importante</b></p>	<p>CONTROL 1 Control anual de inventario CONTROL 2 Mantenimiento preventivo al material bibliográfico y a equipos CONTROL 3 Mantenimiento anual del sistema de seguridad. CONTROL 4 Control en el préstamo de material CONTROL 5 Sistema de seguridad que permite la detección del hurto del material CONTROL 6 Sensibilización al personal de la biblioteca sobre la responsabilidad de los bienes institucionales CONTROL 7 Sanciones estipuladas en el reglamento de Biblioteca</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p><b>Tolerable</b></p>	<p>Permanente</p>	<p>CONTROL 1: Control anual de inventario Verificación anual de inventario. (Bienes-Programación) CONTROL 2: Mantenimiento preventivo al material bibliográfico y a equipos Mantenimientos preventivos al material bibliográfico y a los equipos. CONTROL 3: Mantenimiento anual del sistema de seguridad. CONTROL 4: Control en el préstamo de material CONTROL 5: Sistema de seguridad que permite la detección del hurto del material CONTROL 6: Sensibilización al personal de la biblioteca sobre la responsabilidad de los bienes institucionales CONTROL 7: Sanciones estipuladas en el reglamento de Biblioteca Reglamento y radicados (biblioteca) (Soportes de mantenimiento de libros y equipos) Sistema Janium (Comunicados de seguimiento) Revisiones periódicas (biblioteca) Fumigación semestral de la Biblioteca. (Infraestructura) Evaluación y Descarte anual del material bibliográfico. (Soporte formato – Biblioteca)</p>	<p>Inventario Los libros muestran el tratamiento realizado Informes de mantenimiento del sistema de seguridad anotación en admisiones para congelar la matrícula Sistema de seguridad</p>
<p>La formulación del plan no está alineado a las necesidades de los usuarios Recursos insuficientes para cumplir con el plan (tecnológicos y humanos) No se hace seguimiento y evaluación al plan de acción de la biblioteca Demora en los tiempos de respuesta a solicitudes de compra.</p>	<p>Probabilidad de que los servicios del proceso no sean pertinentes para la comunidad institucional.</p>	<p>Insatisfacción de los usuarios Pérdida de credibilidad Disminución en la demanda de servicios Disminución y/o supresión de los servicios de Biblioteca</p>	<p>2</p>	<p>40</p>	<p><b>Importante</b></p>	<p>CONTROL 1 Medición permanente de la satisfacción del cliente CONTROL 2 Evaluación del plan de acción CONTROL 3 Solicitudes docentes (Feria del libro) (Formato de evaluación)</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p><b>Tolerable</b></p>	<p>Semestral Annual</p>	<p>CONTROL 1 Encuesta de Comunicaciones (1 al semestre) CONTROL 2 Evaluación del plan de acción CONTROL 3 Solicitudes docentes (Feria del libro) (Formato de evaluación)</p>	<p>Informe del proceso de comunicaciones de manera semestral Plan de acción evaluado Formato de solicitudes vs compras</p>
<p>Fallas en la identificación en la base de datos Janium.</p>	<p>Duplicación en la adquisición de material bibliográfico que tiene poco préstamo</p>	<p>Pérdidas económicas, afectación del presupuesto</p>	<p>1</p>	<p>20</p>	<p><b>Moderado</b></p>	<p>CONTROL 1 Base de datos Janium. CONTROL 2 Revisión de las solicitudes de los docentes (visto bueno decanos y Biblioteca)</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p><b>Tolerable</b></p>	<p>Annual</p>	<p>CONTROL 1 base de datos Janium. CONTROL 2 Revisión de las solicitudes de los docentes (visto bueno decanos y Biblioteca)</p>	<p>Estudio de evaluación de aprobación</p>

diciembre 21

Lider del proceso

No se tiene indicadores definidos

	<p>Porque no se realiza la evaluación a los proveedores de material bibliográfico.</p> <p>Porque no se hace el proceso jurídico correspondiente</p> <p>Porque los estudios previos están mal elaborados (Pliego de condiciones)</p> <p>Porque no se informa al área correspondiente sobre el incumplimiento del proveedor para su evaluación.</p> <p>El material se encuentra agotado en el mercado editorial</p>	<p>Que el material bibliográfico no se entregue con las especificaciones técnicas y oportunidad requerida por la Institución</p>	<p>Detrimento Patrimonial</p> <p>Pérdidas económicas del bien físico.</p> <p>Investigaciones y/o posibles sanciones.</p>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1</p> <p>Realizar evaluación a los proveedores del material bibliográfico. (Bienes)</p> <p>CONTROL 2</p> <p>Orientación y revisión por parte del proceso legal de los estudios previos y pliego de condiciones. (Jurídica)</p> <p>CONTROL 3</p> <p>Procedimiento Selección y Adquisición de recursos bibliográficos AEPR-003 (biblioteca)</p> <p>CONTROL 4</p> <p>Catálogos, Ferias del libro, (solicitud de textos)</p>	1	10	Tolerable	Annual	<p>CONTROL 1</p> <p>Realizar evaluación a los proveedores del material bibliográfico. (Bienes)</p> <p>CONTROL 2</p> <p>Orientación y revisión por parte del proceso legal de los estudios previos y pliego de condiciones. (Jurídica)</p> <p>CONTROL 3</p> <p>Procedimiento Selección y Adquisición de recursos bibliográficos AEPR-003 (biblioteca)</p> <p>CONTROL 4</p> <p>Catálogos, Ferias del libro, (solicitud de textos)</p>	<p>Evaluación por parte de Bienes</p> <p>Estudios previos revisados</p> <p>Procedimiento y manual de políticas de selección de material</p>				
Admisiones, riesgito y control	<p>1.Falta de copias de seguridad en intervalos de tiempo requeridos.</p> <p>2.Inconsistencia en la migración de la Información.</p> <p>3.Mobiliario inadecuado.</p> <p>4.Condiciones ambientales inapropiadas.</p> <p>5.Area del archivo sin acceso restringido.</p> <p>6.Areas locativas insuficientes.</p> <p>7.Manejo inapropiado en la recepción y archivo de la documentación en la hojas de vida.</p>	<p>Posibilidad de pérdida de la información académica</p>	<p>1. Insatisfacción de los usuarios.</p> <p>2. Pérdida de imagen.</p> <p>3. Reprocesos.</p> <p>4. Falta de soportes ante los organismos de control.</p>	2	40	Importante	<p>Velar por que los controles existentes se cumplan (Realizar las revisiones selectivas de las actividades identificadas en los controles existentes)</p>	1	5	Aceptable	Permanente	<p>*Realización de copias de seguridad (Tecnología)</p> <p>*Digitalización de la información de las hojas de vida.(Continuo)</p> <p>*Monitoreo de las condiciones locativas(Archiivadores) evidencia solicitud cuando se requiere</p> <p>*Mobiliario con condiciones de seguridad(Archivo que se tiene a cargo)</p> <p>*Archivar la información diaria en las hojas de vida.</p>	<p>Se deben definir las evidencias</p>				
	<p>1.Amenaza o acoso.</p> <p>2.Desmotivación salarial.</p> <p>3.Selección inadecuada del personal de apoyo.</p> <p>4. Hackear el sistema informatico.</p>	<p>Posibilidad de alterar la información académica en el sistema</p>	<p>1.Pérdida de credibilidad e imagen.</p> <p>2.Pérdidas económicas.</p> <p>3.Insatisfacción de los usuarios.</p>	3	60	Inaceptable	<p>Realizar un número de Revisiones en el sistema cada que se requiera</p>	2	20	Moderado	Permanente	<p>*Mejorar el clima laboral a nivel de área(Reuniones periodicas).</p> <p>*Desarrollo de aplicaciones seguras para el sistema de información.</p> <p>*Realizar revisiones periodicas al sistema de información.</p> <p>*Permitir el uso del software,al personal autorizado con privilegio de acceso con roles y permisos para cada cargo.</p> <p>*Parametrizar el sistema de acuerdo al reglamento académico</p>	<p>Se deben definir las evidencias</p>	abril	Lider del proceso	No se tiene indicadores definidos	
	<p>1.No recibir la información de manera eficaz de las diferentes áreas involucradas en el proceso.</p> <p>2.No cumplir con las fechas establecidas en el calendario académico.</p>	<p>Posibilidad de no ser oportunos en el servicio de la información académica</p>	<p>1.Insatisfacción de los usuarios.</p> <p>2. Pérdida de credibilidad e imagen.</p>	2	20	Moderado	<p>CONTROL 1</p> <p>Verificar mensualmente los tiempos de entrega de la información.</p> <p>CONTROL 2</p> <p>Implementar acciones de mejora con la sugerencias de las encuestas.</p> <p>CONTROL 3</p> <p>Sugerir acciones de mejora en otras areas.</p>	1	5	Aceptable	<p>Cuando se requiera las fechas puntuales, aplicando el calendario académico</p>	<p>Verificar mensualmente los tiempos de entrega de la información.</p> <p>Verificar y documentar por medio de correo electronicos que se cumplan con los controles establecidos para prestar una oportuna información académica.</p>	<p>Se deben definir las evidencias</p>				

LAB. FACULTAD DE ARQUITECTURA	<p>*Almacenamiento inadecuado de insumo, materia prima, reactivos. *Manejo inadecuado de materiales y equipos *No cumplir las normas establecidas para el manejo de los laboratorios.</p>	CONTAMINACIÓN	<p>*Pérdida y deterioro de materiales e insumos *Daños de equipos afectación a la salud humana *Sanciones económicas *Deterioro de la imagen institucional</p>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1 Inducción a estudiantes de primer semestre en normas específicas de laboratorio de cada programa CONTROL 2 Clasificación de la materia prima (Actividad de etiquetado de la materia) CONTROL 3 Manejo de sobrantes y devoluciones (Actividad de procedimiento, directriz y socialización a los docentes) CONTROL 4 Limpieza y desinfección CONTROL 5 Implementos de atención de emergencia</p>	2	20	Moderado	Primera semana del semestre. Inicio de funcionamiento del Laboratorio y cada vez que llegue un reactivo que no esté en el listado actualizado Finalización de cada práctica de laboratorio Según cronograma	<p>CONTROL 1: Inducción a estudiantes de primer semestre en normas específicas de laboratorio de cada programa. Inducción de inicio de semestre por Facultades CONTROL 2: Clasificación de la materia prima (Actividad de etiquetado de la materia) Clasificación de los reactivos según el SGA y la matriz de compatibilidad Etiquetado de los reactivos con los pictogramas de seguridad y frases Actualización del Kardex de reactivos CONTROL 3: Manejo de sobrantes y devoluciones (Actividad de procedimiento, directriz y socialización a los docentes) Revisión de devoluciones CONTROL 4: Limpieza y desinfección Limpieza de mesones al terminar cada práctica Limpieza de pisos, paredes, vidrios y estanterías según cronograma CONTROL 5: Implementos de atención de emergencia</p>	Se deben definir las evidencias	Los riesgos Pérdida de equipos, insumos y materiales Y Exceso o déficit en insumos y materia prima son tipo Corrupción y no se han ajustado a la guía 2015, debe ser ajustado para el próximo seguimiento.		No se tiene indicadores definidos
Robo	Pérdida de equipos, insumos y materiales.	<p>* Afectación de inventarios * Sobrecostos de reposición * Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios * Afectación de la actividad académica</p>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1 Control mediante formato de prestatam de equipos CONTROL 2 Control mediante formato de depósitos y materiales CONTROL 3 Control de inventarios de equipos</p>	2	20	Moderado	Según requerimiento Según requerimiento En el transcurso del semestre	<p><b>CONTROL 1: Control mediante formato de prestatam de equipos</b> Atención de solicitud de préstamos de equipos y diligenciamiento de formato. <b>CONTROL 2: Control mediante formato de depósitos y materiales</b> Atención de solicitud de préstamos de materiales y diligenciamiento de formato. <b>CONTROL 3: Control de inventarios de equipos</b> Revisión de equipos en presencia de personal de almacén</p>	Se deben definir las evidencias				
	* Inadecuada manipulación * Falta de mantenimiento * Pérdida de la vida útil * Obsolescencia de equipo	Daño de equipos, insumos y materiales	<p>* Alteración del inventario * Sobrecostos de reposición * Afectación de la programación y funcionamiento de los laboratorios * Afectación de la actividad académica</p>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1 Realizar los mantenimientos CONTROL 2 Proceso de inducción y reinducción para estudiantes y docentes. CONTROL 3 Fichas rápidas de manejo a cada equipo</p>	2	20	Moderado	Anual La primera práctica programada Al ingreso de un equipo nuevo	<p><b>CONTROL 1: Realizar los mantenimientos</b> Acta de mantenimiento institucional para el mantenimiento de los equipos <b>CONTROL 2: Proceso de inducción y reinducción para estudiantes y docentes.</b> Práctica 0 de laboratorio para el reconocimiento de los equipos de seguridad, materiales y medidas de atención de emergencias. <b>CONTROL 3: Fichas rápidas de manejo a cada equipo</b> A partir del manual de operación de cada equipo que ingrese al inventario del laboratorio, realizar una Ficha Rápida que resuma el manejo habitual</p>	Se deben definir las evidencias	abril		No se tiene indicadores definidos

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de Compromiso y responsabilidad de los docentes y/o estudiantes</li> <li>* Desconocimiento</li> <li>* Negligencia y falta de atención (Estudiantes y/o docentes)</li> <li>* Falta de insumos y materiales para la disposición de los residuos (Bolsas, guardianes, reactivos tec.)</li> </ul>	<p>Inadecuada disposición final de los residuos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Daño al medio ambiente</li> <li>* Afectación a la salud Humana</li> <li>* Sanciones a la institución</li> <li>* Daños a la infraestructura</li> </ul>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1 Manual de riesgos químicos y/o Biológicos</p> <p>CONTROL 2 Implementación del Decreto 351 de 2014</p> <p>CONTROL 3 Reglamento de laboratorios</p> <p>CONTROL 4 Inducción y reinducción a estudiantes y docentes</p>	1	5	Aceptable	<p>Al inicio del semestre (Al finalizar cada práctica en la que se generen residuos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso) (Al inicio de cada semestre y las veces que sea necesario)</p>	<p><b>CONTROL 1: Manual de riesgos químicos y/o Biológicos</b> Revisión del manual de riesgos</p> <p><b>CONTROL 2: Implementación del Decreto 351 de 2014</b> Cumplimiento del decreto, gestión integral de los residuos generados</p> <p><b>CONTROL 3: Reglamento de laboratorios</b> Cumplimiento del Reglamento de Laboratorios</p> <p><b>CONTROL 4: Inducción y reinducción a estudiantes y docentes</b></p>	Se deben definir las evidencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>* No utilizar los elementos de seguridad</li> <li>* No cumplimiento de las normas de seguridad</li> <li>* Negligencia</li> <li>* Manipulación indebida de materiales, reactivos, insumos y equipos.</li> <li>* Eventos involuntarios</li> <li>* Daños a la Infraestructura</li> <li>* Deterioro de los implementos de trabajo</li> </ul>	<p>Accidentes en los laboratorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Afectación a la salud humana</li> <li>* Daño a los equipos</li> <li>* Sanciones a la institución</li> <li>* Sobrecostos</li> <li>* Afectación a la actividad académica</li> <li>* Daño a la infraestructura</li> </ul>	3	60	Inaceptable	<p>CONTROL 1 Reglamento de laboratorios</p> <p>CONTROL 2 Inducción y reinducción</p> <p>CONTROL 3 Curso Introductorio para estudiantes de primer nivel (Salid, Facul de Arquitecetra)</p> <p>CONTROL 4 Revisión del estado de los implementos de trabajo (Dar de baja)</p>	2	20	Moderado	<p>La primera práctica programada Al finalizar cada práctica.</p>	<p><b>CONTROL 1: Reglamento de laboratorios</b></p> <p><b>CONTROL 2: Inducción y reinducción</b></p> <p><b>CONTROL 3: Curso introductorio para estudiantes de primer nivel (Salid, Facul de Arquitecetra)</b> Práctica 0 de laboratorio para el reconocimiento de los equipos de seguridad, materiales y medidas de atención de emergencias.</p> <p><b>CONTROL 4: Revisión del estado de los implementos de trabajo (Dar de baja)</b> Evaluar el estado de los materiales usados luego de cada práctica y decidir la baja en aquellos casos en que sea un peligro inminente de riesgo</p>	Se deben definir la evidencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada planeación</li> <li>* Falta de compromiso de los docentes</li> <li>* No existencia de una guía de la práctica</li> <li>* Error humano</li> <li>* Disminución de la asignación de recursos</li> <li>* Comportamientos económicos del mercado</li> <li>* Beneficio a terceros</li> </ul>	<p>Exceso o déficit en insumos y materia prima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Afectación de la actividad académica</li> <li>* Afectación del presupuesto</li> <li>* Contaminación y/o Pérdida de insumos y materia prima</li> <li>* Replanteamiento del plan de compras</li> <li>* Detrimiento patrimonial</li> </ul>	2	40	Importante	<p>CONTROL 1 Plan de compras</p> <p>CONTROL 2 Estudio de necesidades</p> <p>CONTROL 3 Guías de laboratorio</p> <p>CONTROL 4 Diligenciamiento de los kardex de insumo y materia prima.</p>	1	10	Tolerable	<p>Primer semestre del año Primer semestre del año Al finalizar cada mes se actualizará el Kardex general</p>	<p><b>CONTROL 1: Plan de compras</b> Listar los materiales e insumos necesarios para la continuidad de las prácticas basándose en el inventario actual y los requerimientos de las guías.</p> <p><b>CONTROL 2: Estudio de necesidades</b> Listar los materiales e insumos necesarios para la continuidad de las prácticas basándose en el inventario actual y los requerimientos de las guías.</p> <p><b>CONTROL 3: Guías de laboratorio</b></p> <p><b>CONTROL 4: Diligenciamiento de los kardex de insumo y materia prima.</b> Registrar el consumo de reactivos individual luego de cada práctica de laboratorio y mensualmente alimentar el Kardex general para contabilizar la cantidad de reactivo que queda</p>	Se deben definir las evidencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de recursos financieros.</li> <li>* Falta de compromiso por parte del personal objetivo de las actividades.</li> <li>* Desconocimiento de la legislación vigente.</li> </ul>	<p>Posibilidad de no implementar actividades de promoción y prevención, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud de todo tipo de público al interior de la Institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Incumplimiento de la norma.</li> <li>* Accidentes de trabajo.</li> <li>* Enfermedad laboral.</li> <li>* Enfermedad común.</li> </ul>	2	40	Importante	<p>control 1 Cronograma de actividades en SST</p>	2	20	Moderado	<p>Permanente: Anual Anual</p>	<p><b>CONTROL 1: Cronograma de actividades en SST</b> Actualización matriz de riesgos presupuesto SST plan de formación</p>	Se deben definir las evidencias

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Entrega inoportuna de información por parte de otras áreas.</li> <li>* Inasistencia las inducciones, reintroducciones, lineamientos institucionales y capacitaciones específicas de SST.</li> </ul>	Posibilidad del no reporte de información oportuna a las entidades competentes (ARL, Ministerio de trabajo).	* Sanciones económicas y administrativas. * Reporte errado de la información.	2	40	Importante	CONTROL 1 Establecimiento de directrices al reporte de la información.	2	20	Moderado	Permanente	CONTROL 1: Establecimiento de directrices al reporte de la información Diligenciamiento de formatos establecidos	Se deben definir las evidencias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de control sobre los elementos.</li> <li>* Falta de efectividad en los elementos de seguridad para proteger los equipos o implementos.</li> <li>* Bandalismo</li> <li>* Hurto</li> </ul>	Pérdida de equipos y elementos que se encuentran disponibles para la atención de emergencias para todas las personas al interior de la Institución.	Detrimiento patrimonial	2	20	Moderado	CONTROL 1 Inspecciones periódicas	2	10	Tolerable	Permanente	CONTROL 1: Inspecciones periódicas Reporte de pérdida, obsolescencia y daño	Se deben definir las evidencias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de recursos.</li> <li>* Falta de compromiso de la alta Dirección con la integración de los Sistemas.</li> <li>* Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer los cambios en la normatividad de los diferentes Sistemas de Gestión.</li> <li>* Falta de compromiso y liderazgo por parte de los responsables de cada uno de los Sistemas.</li> <li>* Alta rotación del personal de los procesos.</li> <li>* Resistencia al cambio por parte del personal.</li> <li>* Falta de Planeación para la integración de los sistemas.</li> </ul>	Posibilidad de no lograr la integración de los sistemas de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Incumplimiento al Plan de Desarrollo.</li> <li>* Detrimiento patrimonial porque no se han aprovechado los recursos invertidos en la integración.</li> <li>* Se requiere de mayor inversión al tener los Sistemas de Gestión sin integrar.</li> <li>* Desmotivación del personal frente a los Sistemas de Gestión.</li> </ul>	2	20	Moderado	CONTROL 1 Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los Sistemas de Gestión (Auditorías 2 anuales) responsables Calidad y Control Interno. Cumplimiento al cronograma de actividades del SGI, meta y tiempo permanente.	2	10	Tolerable	Anual: Permanente	CONTROL 1: Seguimiento al plan de trabajo para la integración de los Sistemas de Gestión Auditorías Cumplimiento al cronograma de actividades del SGI	Se deben definir las evidencias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento o falta de un mecanismo formal para conocer la normatividad.</li> <li>* Falta de actualización del normograma de cada uno de los procesos.</li> <li>* Falta de recursos para aplicar la normatividad vigente.</li> </ul>	Posibilidad de no cumplir con la normatividad aplicable en materia de SST.	* Sanciones económicas, disciplinarias, legales y judiciales.	2	20	Moderado	CONTROL 1 Monitorear constantemente de los cambios normativos.	2	10	Tolerable	Permanente Permanente	CONTROL 1: Monitorear constantemente de los cambios normativos. Actualización mediante procedimientos "Identificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo". Acompañamiento de la ARL	Se deben definir las evidencias

Lider del proceso

CENTRO DE LENGUAS	Manejo inadecuado a las bases de datos manejo manual de la información de calificaciones y asistencias.	No contar con un software que permita el manejo y almacenamiento de la información de los usuarios del centro de lenguas.	Pérdida de información Alteración de información No contar con información requerida de manera eficaz y eficiente.	5	10	Tolerable	Guardar información en el disco D claves de acceso a los computadores Uso del SIPEX notas por parte del docente por medio digital y físico firmado por el docente.	5	10	Tolerable	Permanente	Guardar información en el disco D claves de acceso a los computadores Uso del SIPEX Notas por parte del docente por medio digital y físico firmado por el docente.	Notas por parte del docente por medio digital y físico firmado por el docente.	AGOSTO	Controles ajustados a la guía de gestión del riesgo de corrupción 2015	No hay un indicador
	Necesidades económicas anuales reportadas de forma incompleta, por las diversas dependencias de la Institución.	Gastos no contemplados en el presupuesto inicial	Redistribución del recurso, por falta de planeación, desfinanciando con ello otras necesidades de la Institución.	2	20	Moderada	CONTROL 1 Solicitar las necesidades económicas por dependencia con tiempo suficiente, que permita la planeación de cada dependencia y la inclusión de un gasto de forma oportuna.	2	10	Baja	Junio - julio	Formular y documentar un cronograma de solicitudes de diligenciamiento del formato GF-FR-026 estableciendo fechas de radicación en la Vicerrectoría Administrativa y Financiera	Se deben definir las evidencias		Se hizo evaluación y revisión de las actividades y controles de los riesgos a diciembre quedando totalmente actualizada.	
	Desconocimiento de la norma.	Prolongación de la vigencia fiscal en la ejecución presupuestal	Sanciones legales por los entes de control.	1	20	Moderada	CONTROL 1 Efectuar el cierre mensual y anual del presupuesto de ingresos y gastos. CONTROL 2 Elaborar acto administrativo para reservas presupuestales y cuentas por pagar de fin de año. CONTROL 3 Gestionar la incorporación de recursos del balance, con el Municipio de Medellín.	1	5	Baja	Mensual Diciembre Marzo	Ejecutar en el sistema financiero el cierre mensual y anual del módulo de presupuesto, previa verificación de los pendientes del mes objeto de cierre.  Elaborar acto administrativo para reservas presupuestales y cuentas por pagar de fin de año.  Incorporar en el presupuesto de la Institución los recursos de balance aprobados mediante decreto por el Municipio de Medellín.	Se deben definir las evidencias			
	Desconocimiento de la norma. Fallas en el sistema financiero. Falta de seguimiento en la ejecución presupuestal. No efectuar conciliación entre áreas.	Exceder la apropiación presupuestal disponible	Desfinanciación del recurso. Sanciones legales por los entes de control.	2	40	Alta	CONTROL 1 Reportar oportunamente al proveedor del software financiero, cualquier anomalía del sistema y llevar a cabo el seguimiento respectivo, hasta obtener la solución. CONTROL 2 Monitorear periódicamente la ejecución presupuestal. CONTROL 3 Conciliar periódicamente cada convenio, una vez comience su ejecución presupuestal.	1	5	Baja	PERMANENTE PERMANENTE Mensual	Generar ticket con inconsistencia en la herramienta Mesa de ayuda, realizando el seguimiento respectivo hasta la solución del problema.  Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal, verificando los diferentes ítems que la componen.  Efectuar conciliación mensual entre las áreas de presupuesto, contabilidad y Unidad de convenios.	Se deben definir las evidencias			
	Desconocimiento de la norma. Documentos soportes con objetos no claros. Desconocimiento de la planeación presupuestal de la Institución.	Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto	Ejecución presupuestal por rubros errada. Datos históricos errados, para una proyección presupuestal. Informes incorrectos.	3	60	Extrema	CONTROL 1 Verificar conforme al presupuesto de gastos, la solicitud de CDP y RP, el objeto del gasto y la aprobación del responsable. CONTROL 2 Contrastar la necesidad con plan de compras y presupuesto aprobado para la Institución.	2	10	Baja	PERMANENTE PERMANENTE	Revisar el diligenciamiento del formato GF-FR-022, conforme a las necesidades y al presupuesto asignado.  Revisar el diligenciamiento del formato GF-FR-022, conforme a las necesidades y al presupuesto asignado.	Los formatos físicos que los debe de administrar los líderes y en financiera queda el registro en SICOF asignado.			

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Desconocimiento de la norma. Expedir CDP y RP manuales. Efectuar pagos sin egresos, ni causación contable.	Disponer de recursos no incorporados en el presupuesto	Sanciones legales por los entes de control.	3	60	Extrema	CONTROL 1 Revisión de ejecuciones presupuestales frente a decretos del Municipio de Medellín. CONTROL 2 Software financiero para los procesos presupuestales, contables y de tesorería. CONTROL 3 Llevar consecutivos únicos para todos los momentos presupuestales.	1	5	Baja	PERMANENTE PERMANENTE PERMANENTE	Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal, verificando los diferentes ítems que la componen.  Todas las transacciones y hechos económicos de la IUCMA se registran en el software financiero, partiendo de la expedición del CDP.  Verificar la configuración del software financiero para la asignación automática de los consecutivos.	Decretos Resoluciones Registro en SICOF
Las rentas propias no alcanzan a financiar la totalidad de los gastos de la Institución	Dependencia económica de fuentes financieras nacionales y municipales	Desfinanciación presupuestal	2	40	30	CONTROL 1 Elaborar el presupuesto de ingresos y gastos conforme a las transferencias municipales y nacionales asignadas para cada vigencia y a la proyección de las rentas propias.	5	50	Alta	Agosto	Consolidar las necesidades de la Institución, así como las proyecciones de ingresos por transferencias y de recursos propios.	Proyecto, presupuesto y Resolución
Falta de idoneidad en el documento fuente. Descripción inadecuada del hecho en el documento fuente. Falta de información en el documento soporte. Desconocimiento de la norma. Interpretación inadecuada del hecho realizado, conforme al régimen de contabilidad pública. Incapacidad de asociar el hecho económico realizado con las normas contenidas en el PGCP.	Reconocimiento errado de los hechos económicos	Cuentas contables con registros errados. Informes financieros con inconsistencias, para toma de decisiones.	3	30	Alta	CONTROL 1 Aplicar los procedimientos existentes para el proceso contable. CONTROL 2 Consultar a la Contaduría General de la Nación las situaciones que pongan en duda el adecuado reconocimiento y revelación de los hechos realizados.	3	15	Moderada	PERMANENTE CADA QUE SE REQUIERA	Reconocimiento errado de los hechos económicos  Elevar consulta sobre temas relevantes para la entidad y que puedan impactar los estados financieros de la IUCMA.	Registro en SICOF  Solicitud hecha por financiera y el oficio y respuesta que da la contraloría General
Falta de conciliación entre contabilidad y las dependencias que generan información contable.	Hechos económicos ocurridos, no registrados en contabilidad.	Informes financieros incompletos, para toma de decisiones.	2	40	Alta	CONTROL 1 Conciliación periódica de cuentas contables. CONTROL 2 Envío de comunicados sobre la consolidación de la información contable. CONTROL 3 Cumplimiento al manual de políticas contables. CONTROL 4 Efectuar periódicamente conciliación de operaciones recíprocas.	2	10	Baja	PERMANENTE Febrero y Octubre PERMANENTE Enero, abril, julio, octubre	Verificar la composición de los saldos de las cuentas contables y verificarlos con la información generada por las demás áreas de la Institución	La conciliación Memorando

diciembre

Vicerrectoría Administrativa y Financiera

No hay un indicador

Elaboración de estados contables, antes de efectuar el cierre contable. Acceso al módulo contable, sin control de permisos, perfiles y roles. Elaboración de estados contables, sin cotejar los libros contables.	Información de los estados contables que no coinciden con los libros de contabilidad.	Estados financieros erróneos, para toma de decisiones.	1	20	Moderada	CONTROL 1 Efectuar el cierre contable, para elaborar estados contables. CONTROL 2 Parametrización del software financiero, para el acceso a los diversos módulos, con asignación de permisos, perfiles y roles. CONTROL 3 Extraer del módulo contable, la información para los estados contables y cotejarlo con los libros de contabilidad.	1	10	Baja	Mensual CADA QUE SE REQUIERA Mensual	Ejecutar el proceso de cierre contable, mensual y/o anual, en el software SICOF, siguiendo las directrices del manual de políticas y el manual del proveedor ADA. Definir responsabilidades de los funcionarios y asignarle los permisos suficientes para cumplir su tarea en cada aplicativo de SICOF Generar balances de prueba. Revisar saldos contra auxiliares. Realizar ajustes contables.	Parametrización del usuario en el sistema ajustes contables en el SICOF
Diversas personas manipulando la información contable. Personal incompetente.	Presentación de la información contable con diferentes cifras a los diferentes usuarios	Estados financieros erróneos. Desconfianza de terceros, hacia la Institución. Sanciones legales por los entes de control.	2	40	Alta	CONTROL 1 Elaborar estados contables una vez ejecutado el cierre contable. CONTROL 2 Archivo único de estados contables firmados en original en Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	2	20	Moderada	Enero, abril, julio, octubre Enero, abril, julio, octubre	Elaborar los estados contables de la entidad, conforme la presentación establecida por el RCP Archivar en la oficina de la Vicerrectoría los estados contables trimestrales..	Estados financieros Archivo del estado financiero
Los dineros recaudados no se registran, ni se consignan oportunamente. Buscar un beneficio particular.	Jineteo de fondos	Apropiación indebida de dineros públicos.	3	60	Extrema	CONTROL 1 Dar cumplimiento a las políticas del manual de tesorería. CONTROL 2 Efectuar mensualmente conciliaciones bancarias. CONTROL 3 Llevar a cabo arquezos periódicos desde control interno. CONTROL 4 Efectuar el cierre diario de caja, desde tesorería.	1	10	Baja	PERMANENTE MENSUAL MENSUAL DIARIO	Observar actividades descritas en el manual de tesorería para el manejo de los recursos de la IUCMA. Generar libros auxiliares de bancos en contabilidad. Generar libros de bancos de tesorería. Comparar saldos, establecer diferencias y realizar ajustes. Elaborar el formato de conciliaciones bancarias. Programa general de auditorías de Control Interno.	Arqueo de caja Consignaciones Cierre del sistema
Desorden en el flujo de la documentación para trámite de pago. Pagar sin comprobante de egreso.	Pagos dobles	Desfinanciación del recurso. Detrimiento patrimonial, en caso de no reintegrar el recurso.	3	60	Extrema	CONTROL 1 Efectuar mensualmente conciliaciones bancarias. CONTROL 2 Procedimiento de pago a proveedores. CONTROL 3 Efectuar los pagos, con los soportes correspondientes y el respectivo comprobante de egreso para cada obligación.	2	10	Baja	PERMANENTE PERMANENTE	Recepcionar, causar y pagar en el orden que llega la documentación para trámite de pago, sin separar los soportes de cada relación de entrega de cuentas por pagar. Generar comprobante de egreso para cada pago que se realice. Elaborar archivo plano para la carga a la plataforma bancaria. Cargar archivos de pago. Aprobar pagos.	Comprobante de egreso con todos los soportes en el archivo de taquilla



<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de actualización permanente a los funcionarios de la oficina de Control Interno con los temas relacionados a la evaluación.</li> <li>* Desconocimiento de la normatividad.</li> <li>* Falta de planeación.</li> <li>* Desconocimiento de responsabilidades.</li> </ul>	<p>Posibilidad de no realizar oportunamente las evaluaciones independientes (auditorías, seguimientos y demás) a cargo de la oficina de Control Interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Despilfarro de recursos para la Institución.</li> <li>* Reprocesos en la Planeación de las evaluaciones.</li> <li>* Reproceso en las actividades generales del procesos auditor.</li> <li>* Atraso en el desarrollo de las evaluaciones independientes.</li> </ul>	3	60	Inaceptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Documentación de los procedimientos e instructivo.</li> <li>* Reuniones de trabajo con seguimiento a los compromisos.</li> <li>* Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno que se cumpla con el cronograma de actividades y de auditorías del proceso.</li> </ul>	1	10	Tolerable			<p>La matriz del proceso fue revisada en enero 28 de 2016 y se evaluó en abril, debe ajustarse al agüa 2015 para el próximo seguimiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Programación de actividades no identificadas con anterioridad.</li> <li>* No asignación de recursos para la ejecución de las auditorías</li> <li>* Información suministrada sin la debida oportunidad y calidad por parte del sujeto auditado.</li> <li>* Falta de personal.</li> <li>* Ausencia de planeación en las actividades de la oficina de Control interno.</li> <li>* Desconocimiento de las normas.</li> <li>* Falta de supervisión en el desarrollo del procesos auditor.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reprocesos en la revisión de la información remitida por el sujeto auditado.</li> <li>* Reproceso en las actividades, generales del procesos auditor.</li> <li>* Atraso en el desarrollo del programa de auditorías.</li> <li>* Informes de auditoría sin calidad en su contenido y ausencia de valor agregado para el fortalecimiento de los procesos y subprocesos institucionales.</li> <li>* Despilfarro de recursos para la Institución.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>* Seguimiento a los requerimientos de la información por parte del equipo de Control Interno.</li> <li>* Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno del cumplimiento al programa de auditorías.</li> <li>* Verificación por parte de la Directora Operativa de Control Interno de los lineamientos trazados en los procedimientos y programas de auditoría.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>* Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno la información solicitada por el auditor.</li> <li>* Presentar la auditoría con los términos de ejecución de la misma (tiempos) en cuanto a: envió del comunicado, Recepción de la documentación, Verificación de la documentación, Fecha de cierre de la auditoría, Socialización de hallazgos, Entrega del informe final a la Dirección (planeación).</li> <li>* Estudiar por parte del auditor la caracterización del procesos a auditar en cuanto a la identificación de los requisitos legales (internos y Externos), además de establecer criterios basados en la normatividad para su aplicación.</li> <li>* Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno en mesas de trabajo el avance de la auditoría que se esta realizando, con la presencia del equipo de control interno.</li> <li>* La oficina de Control Interno elaborará el programa general de auditorías de Control Interno, que comprende los procesos a auditar, este programa de auditorías esta aprobado por el Consejo Directivo y socializado en el Comité Coordinador de Control Interno.</li> <li>* Socializar al proceso que se va a auditar: el equipo auditor, el objetivo, el alcance, la metodología, la información requerida, el tiempo de entrega de la información y periodo de ejecución para el desarrollo de la auditoría.</li> <li>* El equipo auditor debe recepcionar la</li> </ul>		

CONTROL INTERNO	Posibilidad de incumplimiento del plan general de auditorías.		3	30	Importante		2	10	Tolerable	Proceso Permanente	<p>documentación requerida al proceso auditado en el tiempo establecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* El equipo auditor debe verificar la información suministrada por el proceso a auditar.</li> <li>* El equipo auditor, debe socializar el avance y posibles hallazgos del informe preliminar de auditoría en mesa de trabajo a la Directora Operativa de Control Interno.</li> <li>* El equipo auditor debe solicitar de ser necesario información complementaria para continuar con el desarrollo de la auditoría.</li> <li>* El equipo auditor debe construir el informe preliminar de auditoría y socializarlo con el proceso auditado con el fin de dejar en firme o desvirtuar los hallazgos presentados.</li> <li>* El equipo auditor debe recepcionar la documentación adicional que desvirtúe hallazgos y verificar que sea prueba suficiente para desvirtuar el (los) hallazgos.</li> <li>* El equipo auditor debe construir el informe definitivo y remitirlo a la Alta Dirección.</li> <li>* El equipo auditor debe solicitar al proceso auditado la elaboración del plan de mejoramiento.</li> </ul> <p>* El equipo auditor enviará al proceso auditado la evaluación de satisfacción de la auditoría y debe ser devuelta a la Directora Operativa de de control interno (supervisor) en el plazo establecido.</p> <p>* El equipo auditor realizara seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento enviado por el proceso auditado, según la fecha acordada en el compromiso adquirido.</p>		abril	Líder del proceso	No hay un indicador
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de planeación.</li> <li>* Desconocimiento de la norma.</li> <li>* Envío de la información a rendir en fechas diferentes a la establecida por el ente de control.</li> </ul>	Posibilidad de incumplimiento en la presentación oportuna de informes a entes de control externo y otros.	3	60	Inaceptable	* Supervisar por parte de la Directora Operativa de Control Interno que se cumpla con las fechas de rendición establecidas en el calendario de información de entes externos.	1	10	Tolerable	Proceso Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>* En la Oficina de Control Interno existirá como papel de trabajo un cronograma de las actividades a realizar durante la vigencia y las rendiciones para los entes externos.</li> <li>* Leer las resoluciones u oficios remitidos por los entes externos en cuanto a las fechas e información a rendir y pedir como soporte el certificado de la rendición.</li> </ul>				

<p>*Existencia de apatía o rechazo a las funciones de la Oficina de Control Interno.</p> <p>* Negligencia laboral.</p> <p>*Desconocimiento de la norma.</p> <p>*Beneficio propio o de un tercero que se está auditando.</p> <p>* Beneficios personales con fines pecuniarios, afectivos etc.</p> <p>* Amiguismo.</p> <p>* Cohecho.</p>	<p>Posibilidad de no reportar en los informes de auditoría hallazgos que evidencien fraude.</p>	<p>*Detrimento patrimonial.</p> <p>* Detrimento del buen nombre Institucional (Imagen).</p> <p>* Detrimento de la calidad de los procesos y subprocesos.</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Inaceptable</p>	<p>*Cumplir con el procedimiento establecido CI-PR-002, auditoría de Control Interno.</p> <p>*Evaluar el componente administrativo y financiero del proceso que se está auditando.</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Tolerable</p>			
<p>* Ofrecimiento de dádivas y/o pagos para impedir el desarrollo del programa de auditorías o impedir visitas de evaluación y/o control.</p> <p>* Pagos a los funcionarios con el fin de evitar la detección y sanción de indebidos manejos.</p> <p>* Amenazas encaminadas a impedir cualquier tipo de visita de inspección.</p> <p>* Falta de profesionalismo y formación en el equipo auditor.</p> <p>* Falta de valores éticos, morales y sociales en el personal auditor.</p> <p>* Desorden financiero en el recurso humano de Control Interno.</p>	<p>Posibilidad Inejecución de auditoría programada por ausencia de objetividad e independencia con el fin de favorecer al auditado.</p>	<p>* Consolidación de prácticas en la selección de procesos y subprocesos a auditar.</p> <p>* Impunidad que favorece a los corruptos.</p> <p>* Pérdida de recursos financieros, humanos, infraestructura, y de confiabilidad que va en detrimento de la imagen y el patrimonio Institucional.</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Inaceptable</p>	<p>* Cumplimiento del programa anual de auditorías, aprobado por el comité coordinador de Control Interno.</p> <p>* Cumplir con el procedimiento establecido CI-PR-002, auditorías de Control Interno.</p> <p>* Hallazgos soportados debidamente y validados en mesas de trabajo.</p> <p>* Supervisión por parte de la Directora Operativa de Control Interno, sobre el avance de las auditorías y en el desarrollo del objetivo general y objetivos específicos.</p> <p>* Validación en mesas de trabajo sobre los criterios a aplicar en el desarrollo de las auditorías.</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>Tolerable</p>			

<p>* Desorganización y caos en la información registrada.</p> <p>* Deficiencias en la entrega oportuna de la información confiable y segura.</p> <p>* Demora y retardos injustificados de datos e informes.</p> <p>* Falta de supervisión en la ejecución del trabajo auditor.</p> <p>* Amiguismos entre auditores y auditados.</p>	<p>Uso indebido de la información suministrada por los procesos y subprocesos y administrados por la Oficina de Control Interno.</p>	<p>* Falta de objetividad, calidad y valor agregado al fortalecimiento de los procesos y subprocesos de la Institución.</p> <p>* Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales.</p> <p>* Pérdida de imagen y credibilidad de la Institución y del proceso auditor.</p>	3	60	Inaceptable	<p>* Cumplir con el procedimiento establecido CI-PR-002, auditorías de Control Interno.</p> <p>* Supervisión por parte de la Directora de Control Interno, sobre el avance de las auditorías y en el desarrollo del objetivo general y objetivos específicos.</p>	1	10	Tolerable								
<p>* Escaso apoyo de la alta dirección</p> <p>* Recursos financieros insuficientes</p> <p>* Demora en la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo.</p> <p>* Poca cultura de Planeación en la institución</p> <p>* Debilidad en las estrategias de difusión y acompañamiento de la ejecución del plan.</p>	<p>Posibilidad de que se incumpla el Plan de Desarrollo Institucional</p>	<p>* Poca proyección institucional a largo plazo</p> <p>* Escasa visibilidad institucional en el medio</p> <p>* Descontextualización del Plan de Desarrollo</p> <p>* Incumplimiento del PEI</p> <p>* Incumplimiento de la ley 152/1994 y decretos reglamentarios</p> <p>* Poca participación de los funcionarios de la institución frente al Plan de Desarrollo.</p>	3	60	Inaceptable	<p>* Metodología de Formulación "Planeación estratégica situacional" con participación de los actores involucrados</p> <p>* Seguimiento y evaluación semestral del plan indicativo</p> <p>* Seguimiento y evaluación semestral del Plan de acción</p> <p>* Difusión del Plan de Desarrollo y su ejecución periódica.</p> <p>Gestión de recursos de inversión</p>	1	20	Moderado	<p>JUNIO-DICIEMBRE Anual</p>	<p>CONTROL 1: Acompañar de manera conjunta con las dependencias el plan indicativo de la institución.</p> <p>CONTROL2: Acompañar de manera conjunta con las dependencias el plan de acción de inversión</p> <p>CONTROL 4: Difusión del Plan de Desarrollo y su ejecución periódica.</p> <p>Gestión de recursos de inversión</p> <p>Gestionar del plan de inversión plurianual</p>	<p>Seguimiento al plan indicativo, plan de acción, proyectos de inversión.</p>	<p>Desaparecen los riesgos Posibilidad de que el procedimiento para la formulación, presentación y evaluación de los proyectos de inversión en la institución presenten fallas y Posibilidad de que las pautas para la identificación, calificación y evaluación, actividades de los controles y valoración de los riesgos de corrupción presente fallas. Los riesgos están de manera muy general, se hará la revisión del banco de proyectos y del manejo de los riesgos para definir asuntos más puntuales.</p>				
<p>* Escasa difusión de las políticas institucionales</p> <p>* Escaso seguimiento a la implementación y consideración de las políticas institucionales, en el que hacer institucional.</p>	<p>Posibilidad de que las prácticas operativas se encuentren desarticuladas a las políticas institucionales.</p>	<p>* Desgaste administrativo</p> <p>* Incumplimiento de los objetivos misionales</p> <p>* Inadecuada toma de decisiones</p>	3	30	Importante	<p>* Revisar las políticas institucionales existentes</p> <p>* Definir políticas institucionales inesistentes</p> <p>* Articular las políticas operativas a las institucionales</p> <p>* Revisar y ajustar el instructivo PI-IT-01 de generación de políticas institucionales</p>	1	20	Moderada	<p>cada que se requiera</p>	<p>Evaluar y documentar la implementación y operación de las políticas Institucionales.</p>	<p>Acta de comité de Planeación</p>					

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	<p>* Debilidad en los mecanismos y estrategias para solicitar la información (Liderazgo y acompañamiento)</p> <p>* Entrega inoportuna de la información por las dependencias y/o procesos para la rendición de informes institucionales</p>	<p>Posibilidad de no tener información suficiente y oportuna para rendir informes a entes de control.</p>	<p>* Demora y deficiencia en la entrega de información interna</p> <p>* Incumplimiento de la normatividad vigente</p> <p>* Pérdida de credibilidad y oportunidad</p> <p>* Sanciones</p> <p>* Imagen negativa de los funcionarios</p> <p>* Alteración del cronograma de trabajo de la dependencia de Planeación</p>	2	30	Importante	<p>* Definir y comunicar agenda con criterios y directrices para la entrega de informes</p> <p>* Realizar acompañamiento a las dependencias y/o procesos que lo soliciten</p>	1	20	Moderada	<p>Anual</p> <p>Permanente</p>	<p>CONTROL 1: Definir y comunicar agenda con criterios y directrices para la entrega de informes</p> <p>CONTROL 2: Realizar acompañamiento a las dependencias y/o procesos que lo soliciten</p>	<p>Elaborar cronograma</p> <p>Planillas de asesoría</p>	diciembre 21	Lider del proceso	No hay un indicador
	<p>* No existe un modelo de planeación</p> <p>* No se tiene comunicación con los procesos</p> <p>* Las dependencias y funcionarios no conocen las bondades del proceso de Planeación</p>	<p>Posibilidad de que no se disponga de una cultura de Planeación</p>	<p>* Demora y deficiencia en la entrega de información interna.</p> <p>* Sanciones por incumplimiento de la ley</p> <p>* Imagen negativa de los funcionarios</p> <p>* Desgaste en la gestión de la oficina de Planeación</p> <p>* Incumplimiento de los objetivos misionales</p> <p>* Planeación táctica y cortoplacista</p>	2	40	Importante	<p>* Formulación y aplicación del modelo de Planeación estratégica</p> <p>* Difusión del modelo de Planeación estratégica</p>	2	40	Alta	1 anual	<p>CONTROL 2: Difusión del modelo de Planeación estratégica</p> <p>Flash informativos con comunicaciones</p>	<p>Difusión del modelo mediante flash</p>			